

Anfrage Gastdialyse

Bitte drucken Sie sich dieses Formular aus und senden Sie es uns ausgefüllt per Fax oder Post zurück.
Wir werden uns umgehend um Ihre Anfrage kümmern.
Fax: 04791 966 729

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon/Fax: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Heimatzentrum: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax: _____

Behandelnder Arzt: _____

Gastdialyse im Zeitraum

Vom _____ bis _____

Gewünschte Dialysetage und Dialysezeiten

(Früh: 07:00 - 12:00 Uhr | Spät: 12:00 - 17:00 Uhr | Abend: 17:00 - 22:00 Uhr)

Montag Früh Spät Abend

Mittwoch Früh Spät Abend

Freitag Früh Spät Abend

Dialysedauer: _____ Stunden.

Erkrankungen

Hepatitis B Positiv Negativ

HIV Positiv Negativ

Hepatitis C Positiv Negativ

MRSA Positiv Negativ