

Anfrage Gastdialyse

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

Gastdialyse im Zeitraum

vom _____ bis _____

gewünschte Dialysetage

Mo Mi Fr
 Di Do Sa

gewünschte Dialysezeit

Früh Spät Nacht

Dialysedauer _____ Stunden

Hepatitis B positiv negativ
Hepatitis C positiv negativ
HIV positiv negativ
MRSA positiv negativ

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ , Ort _____

Telefon _____

Fax _____

e-mail _____

Krankenkasse _____

Heimatzentrum _____

Adresse _____

Tel./Fax _____

behandelnder Arzt _____