

Anfrage Gastdialyse

Bitte senden Sie dieses ausgefüllte Formular an info@dialysenuernberg.de oder 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

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