



Feldstr. 1a  
27793 Wildeshausen

Tel: 04431 - 95 54 92  
Fax: 04431 - 95 54 85

## 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

- |                    |                                  |                                  |
|--------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>Hepatitis B</b> | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ |
| <b>Hepatitis C</b> | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ |
| <b>HIV</b>         | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ |
| <b>MRSA</b>        | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ |

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Straße** \_\_\_\_\_

**PLZ , Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Fax** \_\_\_\_\_

**e-mail** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_

**Heimatzentrum** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

**Tel./Fax** \_\_\_\_\_

**behandelnder Arzt** \_\_\_\_\_