



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 | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ |
| Hepatitis C | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ |
| HIV | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ |
| MRSA | <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 _____