

## Anfrage zur Gastdialyse

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden es an uns. Wir werden uns umgehend um Ihre Anfrage kümmern und uns möglichst nach Ihrem gewünschten Dialysezeiten richten.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Heimatzentrum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. / Fax: \_\_\_\_\_

Zeitraum der Gastdialyse vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

### gewünschte Dialysetage und Dialysezeit?

Montag  Mittwoch  Freitag

Früh  Mittag  Abend (LC)  Nacht (LC)

Dienstag  Donnerstag  Samstag

nur Früh

(LC) Limited Care = keine Arztanwesenheit

Dialysedauer: \_\_\_\_\_ Stunden

Hepatitis B positiv  negativ

Hepatitis C positiv  negativ

HIV positiv  negativ

MRSA positiv  negativ

Behandlungsart HD  HDF