



# Anfrage Gast- und Feriendialyse

Bitte drucken Sie sich dieses Formular aus und senden Sie es uns ausgefüllt per Fax oder Post zurück.  
Wir werden uns umgehend um Ihre Anfrage kümmern. Fax: 0 76 21 - 93 17 31

## Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

## Gastdialyse im Zeitraum

Vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## Gewünschte Dialysetage und Dialysezeiten

(Früh 7:00 – 12:00 Uhr | Spät 12:00 – 17:00 Uhr)

- |                                   |                               |                               |                                     |                               |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montag   | <input type="checkbox"/> Früh | <input type="checkbox"/> Spät | <input type="checkbox"/> Donnerstag | <input type="checkbox"/> Früh | <input type="checkbox"/> Spät |
| <input type="checkbox"/> Dienstag | <input type="checkbox"/> Früh | <input type="checkbox"/> Spät | <input type="checkbox"/> Freitag    | <input type="checkbox"/> Früh | <input type="checkbox"/> Spät |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch | <input type="checkbox"/> Früh | <input type="checkbox"/> Spät | <input type="checkbox"/> Samstag    | <input type="checkbox"/> Früh | <input type="checkbox"/> Spät |

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

## Erkrankungen

Hepatitis B  Positiv  Negativ

HIV  Positiv  Negativ

Hepatitis C  Positiv  Negativ

MRSA  Positiv  Negativ