



Anfrage Gastdialyse im Dialysezentrum Buchholz

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden es per Fax oder Post an uns zurück.
Wir werden uns umgehend um Ihre Anfrage kümmern und uns möglichst nach Ihren
gewünschten Dialysezeiten richten.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ , Ort _____

Telefon _____

Fax _____

e-mail _____

Krankenkasse _____

Heimatzentrum _____

Adresse _____

Tel./Fax _____

behandelnder Arzt _____

Gastdialyse im Zeitraum

vom _____ bis _____

gewünschte Dialysetage

Mo Mi Fr

gewünschte Dialysezeit

Früh Spät

mögliche Zeiten in unserer Partnerdialyse in Harburg:

Di Do Sa 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