



Anfrage Gastdialyse im Dialysezentrum Buxtehude

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
 Di Do Sa

gewünschte Dialysezeit

- Früh Spät Nacht

Dialysedauer _____ Stunden

- Hepatitis B** positiv negativ
Hepatitis C positiv negativ
HIV positiv negativ
MRSA positiv negativ