

NEPHROLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Heide - Eddelak

Dr. med. Thomas Mehrens - Dr. med. Claudia Rucktäschel – Dr. med. Jakob Mehne – Dr. med. Jens Walldorf

Anfrage zur Gastdialyse

Wir würden uns sehr freuen, Sie bei uns begrüßen zu dürfen. Bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden Sie es per E-Mail, Fax oder Post an uns. Wir werden uns umgehend um Ihre Anfrage kümmern und mit Ihnen Kontakt aufnehmen. Wir benötigen außerdem von Ihrem Zentrum die üblichen dialysespezifischen Informationen einschließlich aktueller Infektionsserologie, sowie bei der ersten Dialyse Krankenversichertenkarte und Überweisungsschein. Bei Anfragen aus dem Ausland ist vorab eine Klärung und Zusage der Kostenübernahme nötig. Gastdialyse im Zeitraum:

Von _____ bis _____
gewünschte Dialysetage: _____ Dialysedauer: _____ Stunden

Montag Mittwoch Freitag
 Früh
 Spät
 Dienstag Donnerstag Samstag

Früh Beginn: 7:30 - 8:00 Uhr Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Spät Beginn: 13:30 - 14:00 Uhr

Infektionsstatus:

Hepatitis B/C positiv negativ (nicht älter als 3 Monate) **MRSA** positiv negativ (nicht älter als 2 Wochen)

Eine Dialyse bei Hepatitis B oder HIV ist in unserem Zentrum leider nicht möglich.

Name : _____

Geburtsdatum: _____

Straße : _____

PLZ, Ort : _____

Telefon / Fax / Email : _____

Krankenkasse _____

Heimatzentrum: _____

Adresse; _____

Telefon / Fax : _____

Behandelnder Arzt : _____

Erste Dialyse am : _____

Erste Dialyse in unserem Zentrum am : _____

Letzte Dialyse in unserem Zentrum am : _____