



Anmeldung zur Gast-Dialyse

Name:

Geb.- Datum:

Adresse:

.....

Telefon-/Fax-Nr.: Heimatadresse

Telefon-/Fax-Nr.: Urlaubsadresse

Krankenkasse:

Dialyse-Zentrum:

Telefon-Nr.:

Erste Dialyse hier am:

Schicht:.....

Letzte Dialyse hier am:.....

Bett/Liege:.....

Dialyseort: Praxis Mechernich KH Mechernich

Praxis Euskirchen (LC-Dialyse)

Feriedialyse

Reha/Krankenhaus in

von – bis

Telefon-Nr.:

Hepatitis C

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 aktueller Arztbrief

Hepatitis B

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

 aktuelle Medikation

HIV

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

MRSA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Sonstiges

Entgegengenommen:

Anmeldung:

Dialyse:

Arzt: