



Gastdialyse-Anfrage

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden es per Fax, E-Mail oder Post an uns zurück. Wir werden uns umgehend um Ihre Anfrage kümmern.

Gewünschter Zeitraum: von _____ bis _____

Gewünschte Dialysetage: Mo, Mi, Fr Di, Do, Sa (nur in Höchststadt möglich)

Gewünschte Dialyseschicht: Früh Mittag Abend

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

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon, Fax: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Heimatzentrum: _____

Adresse: _____

Telefon, Fax: _____

Behandelnder Arzt: _____

Wir erheben und verwenden die von Ihnen bereitgestellten Daten nur zum Zwecke der medizinischen Behandlung. Mit der Übersendung dieses Formulars stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer Daten gemäß der gesetzlichen Vorschriften zu.