

MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM BAD BEVENSEN



Dr.med. Günther Graf und Dr.med. Carsten Brockmann

Dialysezentrum in Bad Bevensen

Anmeldung zur Feriendialyse

Datum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

PLZ Wohnort:

Straße:

Telefon:

ggf. FAX:

Dialyse-Heimatzentrum:

Telefon:

FAX:

Dialyserhythmus:

Mo Di Mi Do Fr Sa

Dialysezeit:

Stunden (BSP.: 4Std)

Ihr Terminwunsch:

Erste Feriendialyse bei uns:

Letzte Feriendialyse bei uns:

Schicht:

früh spät

Sollen wir Ihnen ein Zimmerverzeichnis zusenden?

Ja Nein

Infektionsstatus:

Hepatitis B: positiv negativ

Hepatitis A: positiv negativ

HIV: positiv negativ

Wo dialysieren Sie?

im Bett im Stuhl

Bemerkungen:

Bitte Formular an FAX: **05821 9860600** oder [E-Mail](#) senden.