



### **Anfrage Gastdialyse im Dialysezentrum Harburg**

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

- |                    |                                  |                                  |
|--------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>Hepatitis B</b> | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ |
| <b>Hepatitis C</b> | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ |
| <b>HIV</b>         | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ |
| <b>MRSA</b>        | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ |