



ANMELDEFORMULAR

erfüllt der Patient

Name und Vorname Geb.Datum

Adresse: Straße Ort

Tel.Nr E-mail

Herkunfts-Dialysezentrum: (Name der Institution)

Institution Adresse: Straße, Stadt, Telefon, Fax, E-mail

Arzt Telefon

Ich wünsche, im Hämodialysezentrum REDIAL Feriodialysen durchzuführen

Option 1. von bis (Letzter Dialysetag)

Option 2. von bis (Letzter Dialysetag)

Dialyse-Tagen: Montag, Mittwoch, Freitag Dienstag, Donnerstag, Samstag Schicht 1 Schicht 2

Gefäßanschluss: AV-Fistel ein Katheter Patienten mit besonderen Bedürfnissen: NEIN JA

Körperliche Behinderungen: NEIN JA Andere Merkmale

Marker: NEGATIV (nicht älter als 30 Tage) HBs-Ag; Anti HBs; Anti HCV; Anti HIV Positiv Negativ

Laborwerte: Hb Kreatinin K+ BZ (blutzucker)

Hämodialyse Kostenzahlung:

- **Überweisung von Dialyse-Zentrum für die Behandlung in der Klinik REDIAL** (bitte angeben: Versicherte Krankversicherung, Identifikationsnummer der versicherten Person, Dauer der Behandlung und die Anzahl der Hämodialyse)
- **Private** (Konventionen, Bargeld)

Unterkunft während dem Urlaub, Telefon, E-mail:

Beifügen / liefern - mindestens 30 Tage vor Anreise:

MEDIZINISCHES DIALYSE PROTOKOLL - ausgefüllt von Ärzten des örtlichen Dialysezentrum.

LABORWERTE: Blutbild, biochemische Befunde, Marker

Bescheinigung über die Zahlung für die Hämodialyse:

- **ÜBERWEISUNG** des örtlichen Dialysezentrum für die Behandlung in der Poliklinik REDIAL (alle Daten).
- **KONVENTION** (ausgefüllt) - GARANTIESCHEIN- BARGELD

Folgt: Reservierung! Bitte Ankunft bestätigen!

Hinweis: Wir machen keine HDF!

Wir nehmen keine Patienten mit positivem Marker.

Bitte bringen Sie Medikamente mit, die Sie normalerweise verwenden!

Datum Unterschrift _____