



MODULO DI ADESIONE

compila il Paziente

Nome e cognome	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Indirizzo (via)	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

Centro dialitico domiciliare (nome dell'istituzione)	<input type="text"/>		
Indirizzo dell'istituzione: via, città, telefono, fax, e-mail	<input type="text"/>		
Medico curante	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>

Desidero essere dializzato presso il Policlinico REDIAL – centro emodialisi, mentre in ferie

Opzione 1.	dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	(ultima dialisi)
Opzione 2.	dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	(ultima dialisi)

Giorni di dialisi:	Lunedì, Mercoledì, Venerdì	Martedì, Giovedì, Sabato	Turno 1	Turno 2	
Accesso vascolare:	F.A.V.	Catetere	Paziente portatore di handicap:	Sì	No
Utilizzo sussidi per trasporto e mobilitazione:	Sì	No			

Markers (virologici): (non antecedenti ai 30 giorni)	<input type="text" value="HBs-Ag; Anti HBs; Anti HCV; Anti HIV"/>			Positiv	Negativ			
Analisi di laboratorio:	Hb	<input type="text"/>	Creatinina	<input type="text"/>	K+	<input type="text"/>	Glucosio	<input type="text"/>

Modalità di pagamento:

- **Conferma privata** per il metodo di pagamento
- **EHIC** - la Documentazione Ufficiale per il trattamento dialitico

Indirizzo dell'alloggio durante le vacanze, tel., E-mail:	<input type="text"/>
--	----------------------

Consegnare - 30 giorni prima dell'arrivo:

PROTOCOLLO DIALITICO - compilato da parte del Medico del centro dialitico domiciliare.

Analisi di laboratorio: analisi del sangue, analisi biochimica, markers virologici.

Conferma di pagamento:

- **Conferma privata** (lettera di garanzia, contanti)
- **EHIC** - documentazione ufficiale rilasciata dall'agenzia di assicurazione

Da seguire: Periodo di prenotazione! Confermare l'arrivo!

N.B: - Non prestiamo trattamenti HDF !

Il centro non accetta pazienti positivi ai virologici markers.

**Si raccomanda di portare appresso eventuali trattamenti
farmacologici di cui solitamente il Paziente fa uso.**

Data	<input type="text"/>	Firma	_____
------	----------------------	-------	-------