

# Anmeldung zur Feriendialyse



## Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdag: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  
Hausarzt (Name/Ort): \_\_\_\_\_  
Ferienadresse: \_\_\_\_\_

Bevorzugte Kontaktaufnahme per:  Post  
 E-Mail

## Dialyседaten

Heimatzentrum: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Erste Feriendialyse: \_\_\_\_\_  
Letzte Feriendialyse: \_\_\_\_\_  
Dialysedauer: \_\_\_\_\_  
LC geeignet:  ja  nein  
Bevorzugte Schicht: \_\_\_\_\_  
Erste Dialyse im Leben: \_\_\_\_\_  
Gefäßzugang: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_  
Gewicht: \_\_\_\_\_  
Allergien: \_\_\_\_\_

keine bekannt  
 Marcumar  
 Diabetes mellitus

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Infektionsstatus

Hepatitis B  
 Hepatitis C  
 HIV  
 MRSA

## Covidstatus

ungeimpft  
 genesen innerhalb der letzten 6 Monate

1. Impfung Datum: \_\_\_\_\_  
2. Impfung Datum: \_\_\_\_\_  
3. Impfung Datum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



## Dialysezentrum Radolfzell

Haselbrunnstraße 48  
D – 78315 Radolfzell

Telefon: +49 7732 97079-7  
Fax: +49 7732 97079-9

E-Mail: [info@dialyse-radolfzell.de](mailto:info@dialyse-radolfzell.de)