

Anmeldung zur Feriendialyse



Patientendaten

Name: _____
Vorname: _____
Strasse / Nr.: _____
PLZ / Ort: _____
Geburtstag: _____
Handynummer: _____

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