

ANMELDUNG ZUR FERIENDIALYSE

Ärztliche Leitung: Prim. Dr. Stefan Künstler

Anmeldung für Zentrum: Pörschach a. W.
 Klagenfurt a. W.

Nachname: Vorname: Geb.-Dat.:

Adresse:

PLZ: Ort: Tel.-Nr.:

Krankenkasse/Kostenträger:

Heimat - Dialysezentrum:

Erste Dialyse am: Letzte Dialyse am:

Gesamtzahl der Dialysen: Dialyseturnus:

Dialysator: Oberfläche:

Anzahl der Dialysen pro Woche: Dauer der Dialyse in Stunden:

HBs-AG: (pos./neg.) HBs-AK: (pos./neg.) HBc-AK: (pos./neg.) Datum:

HCV-AK: (pos./neg.) PCR: (pos./neg.) Datum:

HIV (AIDS) Test: (pos./neg.) Datum:

ZIMMERWÜNSCHE

Name:

- Einzelzimmer Doppelzimmer Dreibettzimmer Apartment
 mit Frühstück mit Halbpension mit Vollpension

vom (Tag der Anreise): bis (Tag der Abreise):

- Seehotel Dr. Jilly** - Kategorie A**** andere Unterkunft

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel