

# FO Anmeldung Feriendialyse

Formblatt

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

(Bitte Karte und Überweisungsschein mitbringen)

Telefon: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse am Urlaubsort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Termine:** \_\_\_\_\_

MO-MI-FR Früh \_\_\_\_\_ MO-MI-FR Spät \_\_\_\_\_ DI-DO-SA Früh \_\_\_\_\_

## Bitte Dialyседaten faxen (bis spätestens 3 Wochen vor der 1. Dialyse bei uns)

- Aktuelle Hepatitis - und HIV Serologie (Nicht älter als 3 Monate!) und aktueller Nasenabstrich auf MRSA
- Aufstellung Ihrer aktuellen Medikamente
- Aktuelles Dialyseprotokoll und Dialysebrief mit Diagnosen
- Bitte einen aktuellen Abstrich auf Covid-19 (nicht älter als 72 Stunden)
- Wurden Sie gegen Covid geimpft?  ja  nein, wenn ja, Name des Impfstoffes \_\_\_\_\_,

Daten der Impfung 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

- Möchten Sie bei uns ein Frühstück bzw. ein Mittagessen einnehmen? Bitte ankreuzen (Im Moment nicht im Angebot)
- Bitte einen aktuellen Abstrich auf Covid-19 (nicht älter als 5 Tage)
- Möchten Sie bei uns ein Frühstück bzw. ein Mittagessen einnehmen? Bitte ankreuzen.

Frühstück  Mittagessen

- Wie kommen Sie zu uns? Bitte ankreuzen.

Taxi  eigener PKW

- Bitte Erypo, Eisen und sonstige Medikamente mitbringen!
- Falls Patientenverfügung vorhanden, bitte beilegen.

Tel. 08152-29-230

Fax 08152-29-330

E-Mail: [dialyse@klinik-schindlbeck.de](mailto:dialyse@klinik-schindlbeck.de)

Bearbeiter	Prüfer	Freigeber	Freigabe am	Version	Ersterstellung	Seite
Hutterer Andreas	Neimög Ivonne	Hutterer, Andreas	05.03.2021	003/03.2021	01.10.2015	1 von 1