

Praxis
am Sophienhof
Fachärztliches Zentrum
für Nephrologie/Dialyse
und Hypertonie

Dr. Martin Bellersen
Dr. Klaas Hedke
Dr. Reiko Steinbach

Hopfenstr. 20-22 | 24114 Kiel
Tel.: 04 31 | 67 70 60
Fax: 04 31 | 67 87 30
mail: info@med-kiel.de
web: www.dialyse-kiel.de



Anfrage zur Gastdialyse

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden es per Fax oder Post an uns zurück. Wir werden uns umgehend um Ihre Anfrage kümmern und uns möglichst nach Ihren gewünschten Dialysezeiten richten.

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

PLZ, Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Fax _____ e-mail _____

Krankenkasse _____

Heimatzentrum _____

Adresse _____

Tel./Fax _____

Gastdialyse im Zeitraum vom _____ bis _____

gewünschte Dialysetage und Dialysezeit

Mo Mi Fr | Di Do Sa
 Früh Mittag Abend(LC) Nacht(LC) | nur Früh

(LC) Limited Care = keine Arztanwesenheit

Dialysedauer _____ Stunden

Hepatitis B positiv negativ
Hepatitis C positiv negativ
HIV positiv negativ
MRSA positiv negativ

Behandlungsart HD HDF