Anmeldung zur Ferienapherese (apherese@mvz-kempten.de)



	Heigl Health GmbH MVZ	Z Kempten-Allgäu • Robe	rt-Weixler-Str. 19	87439 Kempten
Name, Vorname:				
Anschrift:				
Geburtsdatum:				
Telefon/Handy:				
Terminfindung				
Zeitraum: In welchem Zeitrau Termin zur Feriena	m möchten Sie einen pherese?			
Wunschtermine: Datum+ vormittags/ (keine Garantie!)	/nachmittags			
Benötigen Sie ein Taxi/Rollstuhl-Taxi?				
Benötigte Dokumente			Ist beigefügt	Wird nachgereicht
Aktueller Arztbrief				
Letztes Labor, incl. Hepatitisserologie (nicht älter als 6 Monate vor Ferienapherese-Termin)				
Letzten Medikamen	ıtenplan			
Aktuelles Behandlu	ngs-Protokoll			
Kostenübernahme	ungsschreiben der KK, beste der bei uns durchzuführende ann Kostenübernahme der K	n Apherese (wenn		
Sonstiges/Anmerku	ngen			
		Dati	um, Unterschri	ift – Patient/in
				Unterschrift – reseabteilung