

Anmeldung zur Feriendialyse

(dialyse@mvz-kempten.de)



HEIGL HEALTH
MVZ KEMPTEN-ALLGÄU

Heigl Health GmbH MVZ Kempten-Allgäu • Robert-Weixler-Str. 19 • 87439 Kempten

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon/Handy: _____

Terminfindung

| | | | | | | |
|---|---------|--|-------|--|------------|--|
| Zeitraum des Aufenthalts (Von, bis) | | | | | | |
| Grund des Aufenthalts: | Urlaub: | | Reha: | | Sonstiges: | |
| Anschrift des Aufenthaltsortes | | | | | | |
| Dauer der Dialyse (Stunden) | | | | | | |
| Ihr Wunsch – keine Garantie: | Stuhl: | | Bett: | | | |
| Wunschtermine Datum (Mo, Mi, Fr) + vormittags/nachmittags (keine Garantie!) | | | | | | |

Fragen zur Behandlung

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| Kostenträger/Krankenkasse: | | | | | | |
| Kontakt und Anschrift der Heimdialyse | | | | | | |
| Hepatitisserologie negativ? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Test nicht älter als 4 Wochen. | HIV negativ? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Test nicht älter als 4 Wochen. | | | | | |
| Benötigen Sie ein Taxi/Rollstuhltaxi? | | | | | | |

| |
|--|
| Sonstiges/Anmerkungen (z.B. sauerstoffpflichtig) |
| |

Datum, Unterschrift – Patient/in

Datum, Unterschrift – Dialyseabteilung