

Anmeldung CENTRO DIALISI Dr. med. Claudia Ferrier-Guerra

Patienten-Informationen:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: M F

Adresse:

.....

.....

.....

Telefon:

Fax:

Behandelnder Arzt:

Name:

Vorname:

Telefon:

Fax:

Adresse:

.....

.....

.....

Krankenversicherung:

Versicherung:

E111: Ja Nein

Ferien-Informationen:

Adresse in der Schweiz

(sofern bekannt):

.....

.....

.....

Ankunftsdatum:

Abreisedatum:

Dialyseplan:

Dialysen pro Woche:

Bevorzugter

Turnus: **Vormittag** **Nachmittag**

Abend

Gefäss-Zugang: **Native Shunt** **Prosthetic AV-Shunt**

Katheter

Mein Dialysezentrum:

Telefon:

Fax:

Adresse:

.....

.....

.....

Dialyse-Informationen:

Dialyse seit:

Allergien:

Diät:

Trockengewicht:

Ort und Datum:

.....

Unterschrift:

.....