

**Anmeldung zur Dialyse Suedtirol 2024**

**an folgenden Tagen: (Datum) von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wichtig : Eine dialyse ist nur moeglich, wen Sie als patient fuer limited care geeignet sind!**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **MONTAG** | **DIENSTAG** | **MITTWOCH** | **DONNERSTAG** | **FREITAG** | **SAMSTAG** |
| **WOCHE 1** |  |  |  |  |  |  |
| **WOCHE 2** |  |  |  |  |  |  |
| **WOCHE 3** |  |  |  |  |  |  |
| **WOCHE 4** |  |  |  |  |  |  |

 **PATIENT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nachname, Vorname** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Straße** |  |
| **Postleitzahl / Stadt** |  |
| **Telefon / Fax** |  |
| **Email** |  |
| **Unterkunft Suedtirol Telefon** |  |
| **Dialyseart HD / HDF** |  |
| **Dialysedauer** |  |
| **Krankenkasse** |  |
| **Versicherungsnummer** |  |

 **Sonstiges und Taxi : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Falls den Termin vor 3 Tage vor dem ersten Behandlungsdatum im Dialysezentrum nicht storniert wird, hat der Patient dennoch einen Betrag von 250 EUR als Kostenerstattung zu zahlen.**

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Elaborato da WBR Lana data 09/09/2020 Alex Losa****Doc. 1** | **Aggiornamento eseguito da:**  |