

Dr. Gerhard Lückhoff
Dr. Patrick Wiese
Dr. Gesa Ricken
PD Dr. Susanne Angermann
Internisten Nephrologie Rheumatologie

Gemeinschaftspraxis



Dialysezentrum

Anfrage zur Gastdialyse

Wir würden uns sehr freuen, Sie bei uns begrüßen zu dürfen. Bitte füllen Sie diese Formular aus und senden Sie es per E-Mail, Fax oder Post an uns. Wir werden uns umgehend um Ihre Anfrage kümmern und mit Ihnen Kontakt aufnehmen. Wir benötigen außerdem von Ihrem Zentrum die üblichen dialysespezifischen Informationen einschließlich aktueller Infektionsserologie sowie bei der ersten Dialyse Krankenversichertenkarte und Überweisungsschein. Bei Anfragen aus dem Ausland ist vorab eine Klärung und Zusage der Kostenübernahme nötig.

Gastdialyse im Zeitraum:

vom _____ bis _____

gewünschte Dialysetage:

- Montag Mittwoch Freitag
 Dienstag Donnerstag Samstag

Dialysedauer:

_____ Stunden

gewünschte Dialysezeit:

- Früh Beginn: 7:30 – 8:00 Uhr
 Spät Beginn: 13:30 – 14:00 Uhr
 Nacht Beginn: 18:30 – 19:00 Uhr (nur Montag, Mittwoch, Freitag – *Limited Care, keine ständige
Arztanwesenheit! Bestätigung Ihres Zentrums erforderlich.*)

Infektionsstatus:

Hepatitis C positiv negativ MRSA positiv negativ

Eine Dialyse bei Hepatitis B oder HIV ist in unserem Zentrum leider nicht möglich.

Name _____
Geburtsdatum _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____ Telefax _____
Krankenkasse _____
Heimatzentrum _____
Adresse _____
Telefon _____ Telefax _____
Behandelnder Arzt _____
Erste Dialyse am _____