

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 dieses 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 \_\_\_\_\_