

<b>Dialysezentrum Isala</b>	<b>Patientendaten</b>
Vom Patienten auszufüllen	
<b>A. Personalien</b>	
Name:	Vorname:
Straße + Hausnummer:	PLZ:
Ort:	Land:
Staatsangehörigkeit:	Geburtsdatum:
Festnetz:	Handy:
E-Mail:	
Hausarzt:	
<b>B. Derzeitiges Dialysezentrum</b>	
Name Dialysezentrum:	
Ort:	Land:
Telefon:	Fax:
Behandelnder Arzt:	
Verantwortliche(r) Dialyseschwester/ -Pfleger:	
<b>C. Urlaubsangaben</b>	
Name Urlaubsunterkunft (falls bereits bekannt):	
Straße:	PLZ:
Ort:	Telefon:
Derzeitige Dialysetage und Dialysedauer:	
Gewünschte Dialysetage:	
<b>D. Versicherungsangaben</b>	
Name Krankenversicherer:	
Versicherungsnummer:	
<b>Wichtiger Hinweis!</b> Schicken Sie bitte die Zahlungsverpflichtung von Ihrem Krankenversicherer mit.	