

Vom Patienten auszufüllen		
A. Personalien		
Name:	Vorname:	
Strasse + Hausnummer:	PLZ:	
Ort:	Land:	
Staatsangehörigkeit:	Geburtsdatum:	
Festnetz:	Handy:	
E-Mail:		
Hausarzt:		
Adresse:		
Telefonnummer		
B. Derzeitiges Dialysezentrum		
Name Dialysezentrum:		
Ort:	Land:	
Telefon:	Fax:	E-mail
Derzeitige Dialysetage und Dialysedauer:		
Behandelnder Arzt:		
Behandelnder Krankenschwester/pfleger:		
C. Urlaubsangaben		
Name Urlaubsunterkunft (falls bereits bekannt):		
Strasse:	PLZ:	
Ort:	Telefon:	
Zeitraum des Urlaubs:		
Dialysetage und Zeit Sie wünschen:	<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag	<input type="checkbox"/> Morgen <input type="checkbox"/> Nachmittag <input type="checkbox"/> Zwolle <input type="checkbox"/> Meppel
D. Versicherungsangaben:		
Name Krankenversicherer:		
Versicherungsnummer:		
WICHTIGER HINWEIS! Schicken Sie bitte die Zahlungsverpflichtung von Ihrem Krankenversicherer mit.		