

 <p><b>NIERENZENTRUM</b> ILFELD   MOHRHAUFEN   SONDRERSHAUSEN</p> <p>www.nierenzentrum-suedharz.de</p> <p><b>Dr. med. M. Liss</b> <b>Dr. med. S. Winkelmann</b> <b>Dr. med. C. Marx</b> <b>Dr. med. I. Kohler</b></p> <p>Fachärzte für Innere Medizin u. Nephrologie</p>	<p>Dialyse Ilfeld</p> <p><input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen)</p> <p>Neanderplatz 4 99768 Ilfeld</p> <p>Telefon: 036331 -32756 (Ambulanz) -32757 (Dialyse) <u>Telefax:</u> -32755</p>	<p>Dialyse Nordhausen</p> <p><input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen)</p> <p>Wallrothstraße 5 99734 Nordhausen</p> <p>Telefon: 03631 -609530 (Ambulanz) -60950 (Dialyse) <u>Telefax:</u> -609521</p>	<p>Dialyse Sondershausen</p> <p><input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen)</p> <p>Hospitalstr. 2 99706 Sondershausen</p> <p>Telefon: 03632 -671371 (Ambulanz) -671370 (Dialyse) <u>Telefax:</u> -671375</p>
---	---	--	---

## Anfrage zur Gastdialyse

Bitte ausdrucken und per Fax oder per Post an die o.g. Adresse senden. Alternativ können Sie eine E-Mail ohne Dateianhang schicken oder eine Anfrage über unsere Webseite. Wir melden uns umgehend bei Ihnen!

Name:

Adresse:

Telefon-Nr.:

Krankenkasse:

Heimtdialysezentrum:

Telefon-Nr.

Gewünschter Zeitraum der Gastdialyse:

Dialysedauer:

Dialysetage:  Mo-Mi-Fr  Di-Do-Sa  Früh /  Spät /  Abend\*  
\*nur Nordhausen/ nach Verfügbarkeit

Infektionsstatus (nicht älter als 3 Monate):

HCV  pos. /  neg.  
 HBV  pos. /  neg.  
 MRSA  pos. /  neg.  
 HIV  pos. /  neg.  
 sonstige infektiöse Keime  
 COVID 19 Impfung vollständig  ja  nein

Besonderheiten:

Bitte zuschicken:

-aktueller Arztbrief/ Dialyseprotokoll einschließlich Infektionsserologie (nicht älter als 3 Monate)

Bitte mitbringen:

-Überweisungsschein  
 -Chipkarte der Krankenversicherung  
 -Medikamente (Eisen, EPO etc.)  
 -Impfausweis  
 -Testergebnis COVID-Test nach Rücksprache

**Vielen Dank und bis bald!**