

 <p>NIERENZENTRUM ILFELD NORDHAUSEN SONDRERSHAUSEN</p> <p>www.nierenzentrum-suedharz.de</p> <p>Dr. med. M. Liss Dr. med. S. Winkelmann Dr. med. C. Marx Dr. med. I. Kohler</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!