



Dr. med. Rainer Gronwald

Internist – Nephrologe, Diabetologe

Dialysezentrum, Diabetologische Schwerpunktpraxis

Gastdialyse-Anfrage

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden es per Fax, E-Mail oder Post an uns zurück. Wir werden uns umgehend um Ihre Anfrage kümmern.

Gewünschter Zeitraum: von _____

bis _____

Gewünschte Dialysetage: Mo, Mi, Fr

Di, Do, Sa (nur in Höchststadt möglich)

Gewünschte Dialysschicht: Früh

Mittag

Abend

Hepatitis B Positiv

Negativ

Hepatitis C Positiv

Negativ

HIV Positiv

Negativ

MRSA Positiv

Negativ

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon, Fax: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Heimatzentrum: _____

Adresse: _____

Telefon, Fax: _____

Behandelnder Arzt: _____

Wir erheben und verwenden die von Ihnen bereitgestellten Daten nur zum Zwecke der medizinischen Behandlung gemäß der gesetzlichen Vorschriften.