

**Anmeldung zur Feriendialyse
im Diakonissen-Krankenhaus Salzburg**

**Bitte schicken Sie uns dieses Anmeldeformular ausgefüllt mindestens 4 Wochen vor
Ihrer ersten Dialysebehandlung zu!**

Per Fax.: (+43) 662 / 63 85-652

Per Mail: dialyse.sbg@diakoniewerk.at

Wir ersuchen Sie um Ihr Verständnis, dass wir Säuglinge, Kleinkinder, sowie Patienten, die HIV positiv und/oder Hepatitis B/C positiv sind, derzeit nicht behandeln.

Falls Sie aus geschäftlichen Gründen einen kurzfristigen Dialysetermin benötigen, wenden Sie sich bitte telefonisch an uns: (+43) 662 / 63 85 – 650.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift und Kontaktdaten

Straße _____

Postleitzahl und Ort _____

Telefonnummer _____

Zeitlich am besten erreichbar, um _____

Fax _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____

Selbstzahlung ja nein

Name Ihres Urlaubshotels _____

Telefonnummer Ihres Urlaubshotels _____

Anreisedatum _____

Abreisedatum _____

Name einer mitreisenden Person _____

Telefonnummer dieser mitreisenden Person _____

Dialysezeiten für Feriendialyse-Patienten:

Montag bis Samstag, von 18.30 bis 23.00 Uhr

Sollten Sie eine andere Dialysezeit wünschen, so wenden Sie sich bitte an uns!

Angaben zu Ihrem Heimdialysezentrum

Name _____
Anschrift _____
Telefon _____
Fax _____
E-Mail _____

Angaben zu Ihrem Nephrologen

Name _____
Telefon _____
Fax _____
E-Mail _____

Person, die im Notfall verständigt werden soll

Name _____
Telefon _____
Fax _____
E-Mail _____

Bitte schicken Sie uns mindestens drei Wochen vor Behandlungsbeginn einen Arztbrief von Ihrem Heimdialysezentrum mit folgenden Unterlagen zu:

- Diagnosen, aktueller Medikamentenplan mit Dosisangabe sowie Dialyseregime
- Laborbefunde (nicht älter als vier Wochen)
 - inklusive Letztes Dialyseprotokoll
 - Ärztliche Bescheinigung der Reisetauglichkeit (kann im Arztbrief enthalten sein)
 - Komplette Hepatitis-Serologie (Testunterlagen nicht älter als drei Monate)
 - Komplette HIV-Serologie (Testunterlagen nicht älter als drei Monate)
- Sonstige bakteriologische Befunde (z.B. MRSA)

Datum und Unterschrift