

Gewünschte Dialyseeinheit:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Strasbourg SAINTE-ANNE | <input type="checkbox"/> COLMAR |
| <input type="checkbox"/> Strasbourg BERGSON-MOLIERE | <input type="checkbox"/> HAGUENAU |
| <input type="checkbox"/> SAVERNE | <input type="checkbox"/> MULHOUSE |

Formular ausgefüllt an die gewünschte Dialyseeinheit senden

ANMELDEFORMULAR

ANMELDEDATUM: / /

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

 _____ Fax _____ Email _____

<u>WUNSCHTERMIN</u>	<u>FERIENORT</u>

ÜBLICHE DIALYSEEINHEIT

ADRESSE: _____

TELEFON

FAX

ÜBLICHE DIALYSEMODALITÄT

Autodialyse (Patient selbstständig)

Heimhämodialyse (domicile)

LC-Dialyse (UDM)

Zentrumsdialyse

ANMERKUNGEN:

Eingeschränkte Mobilität:

Gefäßzugang: Shunt Katheter

Erstmalige Anfrage? Ja nein

INTERNE VERMERKE, nicht beschreiben
Fiche à conserver au sein de l'unité de dialyse AURAL

SUIVI DU DOSSIER VACANCIER PAR LA SECRETAIRE

Dossier médico-administratif faxé au patient le:
...../...../.....

Par :

Retourné par le patient le :/...../.....

Au retour du dossier complet, documents transmis à la facturation :

- Attestation d'assuré social ou copie de la carte européenne pour les ressortissants de la C.E. (**lisible et à jour**)
- Copie de la **page 1** du dossier administratif
- Copie d'une pièce identité

Le/...../.....