

Gewünschte Dialyseeinheit:

- ☐ Haguenau Centre
☐ Saverne Centre
☐ Saint Anne UM

- ☐ Haguenau UM
☐ Saverne UM
☐ Bergson UM

- ☐ Colmar UM
☐ Mulhouse UM
☐ Saint Louis UM

Formular ausgefüllt an die gewünschte Dialyseeinheit senden

ANMELDEFORMULAR

ANMELDEDATUM : ____/____/____

EINSENDESCHLUSS : ____/____/____

Die vollständige Akte muss mindestens 15 Tage vor Beginn Ihres Aufenthaltes eingekommen sein, andernfalls wird die Reservierung annulliert

Name _____ **Vorname** _____ **Geburtsdatum** _____

Adresse _____

☎ _____ **E-mail** _____

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

ÜBLICHE DIALYSEEINHEIT
ADRESSE: _____

TELEFON
MAIL :
ÜBLICHE DIALYSEMODALITÄT
☐ Autodialyse (Patient selbstständig)

☐ Heimhämodialyse (domicile)

☐ LC-Dialyse (UDM)

☐ Zentrumsdialyse

ANMERKUNGEN:

Eingeschränkte Mobilität:

Gefäßzugang: Shunt Katheter

Erstmalige Anfrage? Ja nein

 Grund für die Anfrage ☐ Familie ☐ Tourist

☐ Medizin ☐ Fachmann

Unité de dialyse demandée	Téléphone	Email
Haguenau	03 88 05 01 30	secrdialysehaguenau@aural.fr
Saverne	03 88 89 16 75	secrdialysesaverne@aural.fr
Strasbourg Ste Anne (Robertsau)	03 88 45 37 78	aural.steanne@ghsv.org
Strasbourg Bergson (HautePierre)	03 88 10 22 70	secrdialysebergson@aural.fr
Colmar	03 89 22 90 40	secrdialysecolmar@aural.fr
Mulhouse	03 89 31 48 80	secrdialysemulhouse@aural.fr
Saint Louis	03 89 91 40 00	secrdialysestlouis@aural.fr

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 envoyé au patient le :

...../...../.....

Par :

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

Au retour du dossier complet, documents à enregistrer dans AURALYS :

- 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/...../.....