

FERIENDIALYSE - Anmeldung

Nachname:

Vorname:

Geb.-Datum:

Versicherungsnummer:

Adresse:

PLZ:

Ort:

Staat:

Krankenkasse/Kostenträger:

Telefonnummer:

E-Mail:

Urlaubsdialyse von:

bis:

Datum:

Unterschrift:

Wir bitten sie das ausgefüllte Dokument 3 Wochen vor Dialyseantritt an uns zu retournieren, um ihnen einen fixen Dialyseplatz bei uns gewährleisten zu können.

Bitte um Kopie der Europäischen Krankenversicherungskarte (beidseitig), wenn vorhanden. Ansonsten muss die Dialysebehandlung als Privatleistung verrechnet werden.