

Anmeldeformular Gastdialyse im Nierenzentrum Stuttgart-Vaihingen

Private Angaben:	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummern	Privat: Mobil: Geschäftlich:
Email	
Krankenkasse	
Angaben Ihres Heimatzentrums:	
Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer:	
Faxnummer:	
In welcher Schicht dialysieren Sie in Ihrem Heimatzentrum?	Mo-Mi-Fr Früh <input type="checkbox"/> Mo-Mi-Fr Spät/Nacht <input type="checkbox"/> Di-Do-Sa Früh <input type="checkbox"/>
Urlaubsangaben:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
In welchem Zeitraum möchten Sie bei uns dialysieren?	Datum der ersten Dialyse: Datum der letzten Dialyse:
Benötigen Sie für die Fahrt in unser Dialysezentrum ein Taxiunternehmen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Angaben:	
<u>Covid19</u> Sind Sie geimpft oder genesen? Falls Sie weder geimpft oder genesen sind, bitten wir Sie uns einen aktuellen PCR-Test vorzulegen (nicht älter als 48 Stunden)	Genesen <input type="checkbox"/> Geimpft <input type="checkbox"/>
<u>MRSA</u> Sind Sie aktuell positiv getestet?	Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo ist es lokalisiert? _____ Nein <input type="checkbox"/>
<u>VRE/4MRGN</u> Sind oder wurden Sie je positiv getestet?	Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo ist es lokalisiert? _____ Nein <input type="checkbox"/>
<u>Hepatitis B/C, HIV</u>	Hepatitis B positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> Hepatitis C positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> HIV positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/>