



Anfrage Gast- und Feriendialyse

Bitte senden Sie uns dieses Formular ausgefüllt per Post, Fax oder E-Mail zu.

Wir kümmern uns umgehend um Ihre Anfrage.

📍 MZV Cuxhaven GmbH / Dialyse Centrum Cuxhaven
Vogelsand 167, 27476 Cuxhaven
☎ 04 721 / 42 08 0 📠 04 721 / 42 08 25
✉ praxis.cuxhaven@sanecum.de

Bitte reservieren Sie Ihren Dialyseplatz frühzeitig.

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon/Fax: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

Adresse in Cuxhaven: _____

Krankenkasse: _____

Heimatzentrum: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax: _____

Behandelnder Arzt: _____

Gewünschte Gastdialyse im Zeitraum

Vom _____ bis _____

Bisherige Dialyseschicht

Montag / Mittwoch / Freitag

Früh

Mittag

Spät

Dienstag / Donnerstag / Samstag

Früh

Mittag

Spät

Dialysedauer: _____ Stunden

Letzte Dialyse im Heimatzentrum am: _____

Dialyseverfahren: Hämodialyse (HD)

Hämodiafiltration (HDF)

Sonstiges (z. B. Allergie):

Gefäßzugang: Shunt

links

rechts

Demers-Katheter

einlumig

zweilumig

Infektion:

Bitte teilen Sie uns zur Planung Ihrer Dialyse bei uns mit, ob Sie eine Infektionserkrankung wie eine Hepatitis B, C oder HIV haben oder ob Sie eine Keimbesiedlung wie MRSA oder VRE tragen oder an einer Allergie leiden, wie insbesondere auf bestimmte Dialysematerialien, Dialysatoren, Sterilisationsverfahren (ETO) und HIT.
