

**Arno Mohr-Werner**

Facharzt für Innere Medizin / Nephrologie,  
Medizinischer Direktor

**Dr. med. Elke Reimers**

Fachärztin für Innere Medizin / Nephrologie



**nephrologicum.**

MZV Cuxhaven GmbH, Vogelsand 167, 27476 Cuxhaven

📍 MZV Cuxhaven GmbH  
Dialyse Centrum Cuxhaven  
Vogelsand 167  
27476 Cuxhaven

📞 04 721 / 42 08 0  
📠 04 721 / 42 08 25  
✉️ praxis.cuxhaven@sanecum.de

**Ihre Dialyse von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in Cuxhaven**

Sehr geehrte(r) Frau / Herr \_\_\_\_\_,

herzlichen Dank für Ihre Anmeldung zur Dialyse. Beigefügt übersenden wir Ihnen einen Anmeldebogen mit der Bitte, diesen ausgefüllt an uns per Post oder Fax zurückzusenden. Darüber hinaus bitten wir um Zusendung eines kurzen Berichtes Ihres Dialysezentrums über Diagnosen, Dialysedaten und Medikamente sowie über das Ergebnis von aktuellen Laboruntersuchungen (nicht älter als 6 Monate: Hepatitis- / HIV-Serologie; nicht älter als 1 Monat: Nasenabstrich auf MRSA). Sie können bei uns selbstverständlich trotz einer Infektion dialysieren, wir werden Sie aber je nach Art der Infektion in einem separaten Raum behandeln.

Vor Ihrer Abreise nach Cuxhaven an die Nordsee, z. B. am letzten Dialysetag in Ihrem Heimatzentrum (mindestens jedoch 2 Tage vor Ihrer Anreise), bitten wir Sie uns nochmals anzurufen, damit wir Ihnen Ihre genaue Anschlusszeit mitteilen können. Sollten Sie Ihren Aufenthalt bei uns nicht wahrnehmen können, sind wir für eine kurze Benachrichtigung dankbar.

Bitte bringen Sie für Ihre Behandlung in unserem Zentrum Ihre Krankenversicherungskarte und einen Überweisungsschein oder einen Auslandskrankenschein mit. Wir freuen uns, Sie in unserem Zentrum zu begrüßen und versichern Ihnen, dass wir Sie zuverlässig betreuen werden.

Mit freundlichen Grüßen



# Anfrage Gast- und Feriendialyse

nephrologicum.

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

## 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 \_\_\_\_\_

## Dialyseschicht

Montag       Früh       Mittag       Spät

Donnerstag       Früh

Dienstag       Früh

Freitag       Früh       Mittag       Spät

Mittwoch       Früh       Mittag       Spät

Samstag       Früh

Dialysedauer: \_\_\_\_\_ Stunden

Letzte Dialyse im Heimatzentrum am: \_\_\_\_\_

Dialyseverfahren:  Hämodialyse (HD)       Hämodiafiltration (HDF)

Gefäßzugang:  Shunt       links       rechts      Sonstiges (z. B. Allergie):  
  
 Demers-Katheter       einlumig       zweilumig \_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_

Infektion:  Bekannt       Hepatitis B       HIV \_\_\_\_\_  
  
 Nicht bekannt       Hepatitis C \_\_\_\_\_