

Arno Mohr-Werner

Facharzt für Innere Medizin / Nephrologie,
Medizinischer Direktor

Dr. med. Elke Reimers

Fachärztin für Innere Medizin / Nephrologie



nephrologicum.

📍 **MZV Cuxhaven GmbH**
Dialyse Centrum Cuxhaven
Vogelsand 167
27476 Cuxhaven

📞 04 721 / 42 08 0

📠 04 721 / 42 08 25

✉ praxis.cuxhaven@sanecum.de

MZV Cuxhaven GmbH, Vogelsand 167, 27476 Cuxhaven

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 zurücksenden. 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
☐ Oberarm ☐ Unterarm
☐ Demers-Katheter ☐ einlumig ☐ zweilumig

Sonstiges (z. B. Allergie):

Infektion: ☐ Bekannt ☐ Hepatitis B ☐ HIV
☐ Nicht bekannt ☐ Hepatitis C
