

**NC NEPHROLOGISCHES CENTRUM**  
Gemeinschaftspraxis Dr. med. Michael Wittwer,  
Thorsten Bargemann, Dr. med. Wolfgang Baar  
Sedanstraße 16 a

Sedanstraße 16 a · 24116 Kiel  
Praxis: Telefon (0431) 570 91-0  
Fax (0431) 570 91-15  
Dialyse: Telefon (0431) 570 91-10  
Fax (0431) 570 91-20  
dialyse@nc-kiel.de · www.nc-kiel.de

**24116 Kiel**



## Anmeldung zur Urlaubsdialyse

Datum: \_\_\_\_\_

Nach-Name: \_\_\_\_\_ Telefon Gesch.: \_\_\_\_\_  
Vor-Name: \_\_\_\_\_ Telefon Privat: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Infektionen:

Hepatitis B  Hepatitis C  HIV  MRSA Sonstige: \_\_\_\_\_

### Behinderungen:

Gehbehinderung  Sehbehinderung  Andere Behinderung: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Gastdialyse von/bis:

erster Tag: \_\_\_\_\_

letzter Tag: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Tage und Zeiten für die Gastdialyse:

Mo  Mi  Fr  früh  spät  Nacht-Dialyse

Di  Do  Sa  früh  spät

### Meine Heimat-Dialyse: \_\_\_\_\_

Straße/Nr: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

### Wir benötigen von Ihnen bis spätestens 2 Wochen vor Beginn Ihrer Urlaubs-Dialyse:

**1.** einen **Arztbrief** mit Dialyseregime, **2.** eine aktuelle **Hepatitisserologie** und **3.** einen **HIV-Test** nicht älter als 6 Monate.

Ihre ärztliche **Überweisung** und Ihre **Versicherungskarte** bringen Sie bitte zum Antritt Ihrer Urlaubs-Dialyse in unserem Centrum mit. Bei Nachfragen rufen Sie uns bitte unter der Telefon-Nummer (0431) 570 91 10 an.

Schwester Dorit, Schwester Anja sowie alle anderen Mitarbeiter des Centrums werden Ihnen gerne weiterhelfen.