

Spett.le
Centro Dialisi estivo Bibione
Via Maja 6
San Michele al Tagliamento (Ve)

BUCHUNGSFORMULAR – BIBIONE FERIENDIALYSE

Name: _____

Vorname : _____

Adresse: _____ Stadt: _____

Tel./ Handy: _____

E-Mail: _____

Bitte Folgendes angeben:

Das Zeitraum und die Anzahl der Dialysebehandlungen: n° _____

Vom _____ bis _____

Bitte die fuer Sie ueblichen Termine (Tage) angeben: _____

*****VORSICHT: TERMINE UND VERSCHIEBUNGEN WERDEN JE NACH
VERFUEGBARKEIT ZUGEWIESEN!*****

Name, Telefonnummer und E-mail von eigenem Dialysezentrum: _____

Datum

Unterschrift

Chronisch HBV-infizierte Patienten werden von unserem Dialysezentrum nicht behandelt