



Spett.le
Segreteria DIALISI TURISTICA
c/o Ospedale Civile di Jesolo
Via Levantina 104
30016 Jesolo – Venezia

BUCHUNGSFORMULAR – JESOLO FERIENDIALYSE

Name: _____

Vorname : _____

Adresse: _____ Stadt: _____

Tel./ Handy: _____

E-Mail: _____

Name Ihres Dialysezentrums: _____

Telefonnummer und E-Mail Ihres Dialysezentrums: _____

Angabe zu den Dialysebehandlungen:

Anzahl der Dialysebehandlungen: _____ VOM _____ BIS _____

Üblicher Zeitraum und Tag: _____

***** Die Verwaltung behält sich das Recht vor, die vom Patienten gewünschten Schichten an die internen Bedürfnissen des Dialysezentrums anzupassen. Alle Patienten werden gebeten, pünktlich zu sein, um Unannehmlichkeiten für andere zu vermeiden und das reibungslose Funktionieren des Dialysedienstes zu gewährleisten *****

Datum und Unterschrift _____

Chronisch HBV-infizierte Patienten werden von unserem Dialysezentrum nicht behandelt