



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: \_\_\_\_\_

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**