

Gastdialyse-Fragebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,

Sie möchten gerne unser Angebot der Gastdialyse nutzen? Für die Planung Ihrer Gastdialyse benötigen wir folgende Daten:

Vorname: _____ Nachname: _____

Telefonr.: _____ Krankenkasse: _____

Zeitraum: _____ bis _____ Dialysezeit: _____ Std.

Anschrift und Kontaktdaten Ihrer Heimdialyse: _____

Möglichst 14 Tage vor Ihrem Feriendialysebeginn benötigen wir folgende Unterlagen:

- Dialyseprotokoll/-brief von Ihrer Heimdialyse
- aktuelle Laborwerte mit HIV/Hepatitisserologie/MRSA (nicht älter als 30 Tage)
- einen aktuellen Überweisungsschein

Klären Sie bitte vorher mit Ihrer Krankenkasse die Kostenübernahme der Gastdialyse und die Fahrtkosten zur Dialyse. Für den, von Ihnen gewünschten Zeitraum reservieren wir Ihnen gerne einen Dialyseplatz. Wir können jedoch keine Garantie bzw. Zusage für eine bestimmte Schicht geben. Vorsorglich weisen wir Sie darauf hin, dass sich in Abhängigkeit von der Belegung unserer Dialyseplätze eine Verschiebung Ihres gewohnten Dialyserhythmus ergeben kann.

Nachtdialysen sind bei uns nicht möglich.

Falls Sie Medikamente an der Dialyse erhalten, bitten wir Sie diese zur Ihrer Gastdialyse mitzubringen.

Denken Sie bitte daran Ihre Dauermedikation mitzunehmen.

Wir bitten Sie, sich ca. eine Woche vorher nochmal bei uns telefonisch zu melden, um den Dialysetag und Uhrzeit zu erfragen.

Achtung!

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt erst kurz vor dem Behandlungstermin.

Bei dringenden Anliegen melden Sie sich bitte direkt in der Praxis.

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben freiwillig sind. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. mit dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten durch die Praxis stimme ich zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Das Merkblatt „Patienteninformation zum Datenschutz“ werde ich bei Aufnahme meiner Daten erhalten und ebenfalls unterschreiben.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Gemeinschaftspraxis Eickenhof-Dialyse

Dr. med. Andrea Beigel, Dr. med. Eike Wrenger, Karsten Lürken

Eickenhof 15

30851 Langenhagen (Hannover)

Tel.: 0511/78 65 6-0, Fax: 0511/78 65 6-25 – E-Mail: praxis@eickenhof-dialyse.de

Website: <https://Eickenhof-Dialyse.de>

Freigegeben am: 1.8.25	Freigegeben von: Dr. med. Eike Wrenger	Revision: 1
Dokument-ID: D7678	Erstellt von: Dr. med. Eike Wrenger	Seite 1 von 1