

Gewünschte Dialyseeinheit:

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Haguenau Centre | <input type="checkbox"/> Haguenau UM | <input type="checkbox"/> Colmar UM |
| <input type="checkbox"/> Saverne Centre | <input type="checkbox"/> Saverne UM | <input type="checkbox"/> Mulhouse UM |
| <input type="checkbox"/> Saint Anne UM | <input type="checkbox"/> Bergson UM | <input type="checkbox"/> Saint Louis UM |

Formular ausgefüllt an die gewünschte Dialyseeinheit senden

ANMELDEFORMULAR

ANMELDEDATUM : ____/____/____
 ____/____/____

EINSENDESCHLUSS :

Die vollständige Akte muss mindestens 15 Tage vor Beginn Ihres Aufenthaltes eingekommen sein, andernfalls wird die Reservierung annulliert

Name _____ **Vorname** _____ **Geburtsdatum** _____

Adresse _____

☎ _____ **Fax** _____ **E-mail** _____

<u>WUNSCHTERMIN</u>	<u>FERIENORT</u>

ÜBLICHE DIALYSEEINHEIT
ADRESSE: _____

TELEFON _____ **FAX** _____

ÜBLICHE DIALYSEMODALITÄT

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autodialyse (Patient selbstständig) | <input type="checkbox"/> Heimhämodialyse (domicile) |
| <input type="checkbox"/> LC-Dialyse (UDM) | <input type="checkbox"/> Zentrumsdialyse |

ANMERKUNGEN:

Eingeschränkte Mobilität:

 Gefäßzugang: Shunt Katheter Erstmalige Anfrage? Ja nein

Unité de dialyse demandée	Téléphone	Fax	Email
Haguenau	03 88 05 01 30	03 88 05 01 39	secrdialysehaguenau@aural.asso.fr
Saverne	03 88 89 16 75	03 88 89 16 94	secrdialysesaverne@aural.asso.fr
Strasbourg Ste Anne (Robertsau)	03 88 45 37 78	03 88 45 37 79	aural.steanne@ghsv.org
Strasbourg Bergson (Hautepierre)	03 88 10 22 70	03 88 10 22 79	secrdialysebergson@aural.asso.fr
Colmar	03 89 22 90 40	03 89 22 90 59	secrdialysecolmar@aural.asso.fr
Mulhouse	03 89 31 48 80	03 89 31 48 95	secrdialysemulhouse@aural.asso.fr
Saint Louis	03 89 91 40 00	03 89 31 48 95	secrdialysestlouis@aural.asso.fr

INTERNE VERMERKE, nicht beschreiben
Fiche à conserver au sein de l'unité de dialyse AURAL
SUIVI DU DOSSIER VACANCIER PAR LA SECRETAIRE

Dossier médico-administratif faxé au patient le :/...../..... Par : Retourné par le patient le :/...../.....	Au retour du dossier complet, documents transmis à la facturation : <ul style="list-style-type: none"> - Attestation d'assuré social ou copie de la carte européenne pour les ressortissants de la C.E. (lisible et à jour) - Copie de la page 1 du dossier administratif - Copie d'une pièce identité Le/...../.....
---	---