B E H A N D L U N G S V E R T R A G

zwischen der (Feriendialyse):

und Herrn/Frau wohnhaft in:

wird nachfolgender Behandlungsvertrag geschlossen.

Die Dialyseeinrichtung verpflichtet sich an nachfolgenden Tagen:

1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8: 9: 10: 11: 12:

auf Grundlage der übermittelten Patientendaten, zur Durchführung einer qualifizierten Feriendialyse (moderne, intakte Geräte, einmalige Filterverwendung für jede Behandlung), Dialysebehandlungen durchzuführen.

Herr/Frau verbringt in dieser Zeit seinen/ihren Urlaub in:

Hotel: Telefon: PLZ/Ort/Straße:

Patientendaten (vom Dialysepatienten oder vom Arzt auszufüllen, * zutreffendes ankreuzen)

Dialysezeit: Stunden Dialyseart*: HDF AFB HD

Dialysator*: High Flux Non High Flux Flux

Hepatitis B*: positiv negativ

Hepatitis C*: positiv negativ

HIV*: positiv negativ

Dialyseverlauf*: hypotone Kreislaufsituation /Krämpfe /Juckreiz:

allergische Reaktionen:

Gewünschte Schicht *: Frühschicht : Spätschicht: Nachtschicht:

Die Kosten der Dialyse werden*: a) direkt mit Patienten
oder b) mit der Krankenversicherung

Name: Adresse: Versicherungsnummer:

abgerechnet.

Ort Datum

Patient Dialyseeinrichtung