



**Anmeldung Dialyse und nephrologische Sprechstunde**

Dialyse                       Neubehandlung                       Standortwechsel

Nephrologische Sprechstunde

Indikation/Diagnose .....

Aktuelle Medikamente .....

.....

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Geschlecht .....

Adresse .....

Versicherungsnummer  
Krankenkasse .....

Tel. Privat / Geschäft \* .....

\*zwingend bei ambulanten Patienten

ambulant                      **zuweisender Arzt**                       stationär                      **stationärer Arzt**

Name ..... Name / Telefon .....

Telefon ..... Station .....

Adresse ..... Telefon Station .....

**Kontakt Dialysezentrum Spital Affoltern**

Telefon 044 714 27 27, sekretariat-medizin@spitalaffoltern.ch

