

Patient Name: Vorname: Geb.Dat.:
--

Anmeldung für Rehabilitationspatienten zur Dialyse

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	PLZ / Ort	Nationalität
Telefon	Mobiltelefon	Email
Kontaktperson im Notfall	Mobiltelefon	

Krankenversicherung	Sozialversicherungsnummer	Europäische Krankenversicherung (EHIC)
---------------------	---------------------------	--

Klinik	Abteilung	Direkte Tel.
Eintrittsdatum	Geplante Rehabilitationszeit	Zuständiger Arzt

(KoGu) Kostengutsprache für Dialyse		
Vorhanden <input type="checkbox"/>	Eingereicht <input type="checkbox"/>	Nicht eingereicht <input type="checkbox"/>

Dokumente - Checkliste

	vorhanden	bestellt	gesendet
Austrittsbericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse-Verordnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse-Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse-Protokolle (mind. letzte 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labor-Werte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serologie (HIV, Hep B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte die gescannten Dokumente an: dialyse@spitaldavos.ch

Erreichbarkeit auf der Dialyse: Mo, Mi, Fr zwischen 6:30 Uhr und 16:00 Uhr unter 081 414 85 40