



Anmeldeformular

Gewünschter Termin:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Adresse:

Telefonnr: email:

Begleitpersonen:
(Name, Geb.Datum)

Grunderkrankung:
Transplantationsart(falls vorhanden): Transpl.datum:

Spender Teil der Familie: Ja

Dialysepflichtigkeit: Hamodialyse HD Peritonealdialyse PD keine

Behandelndes Zentrum: Telefonnr:

Transplantations Zentrum: Telefonnr:

Krankenkasse/
Anschrift/
Telnr/
Ansprechpartner: Bewilligung vorhanden: Ja Nein

Entwicklungsstand: normal verzögert stark verzögert

kognitive Einschränkung Einschränkung in der Mobilität

Hilfsmittel: Rollstuhl Orthesen Krücken/Gehhilfen Rehabuggy

Einschränkung bei: Hören Sehen Sprechen

Benötigen Sie Untersützung in der Pflege?
(zb. bei PEG, Sondierung, etc.)

Dieser Anmeldung ist ein aktueller Arztbrief, sowie falls vorhanden der Transplantationsbericht und ein Dialyseregime beizulegen!

Bitte beachten sie, dass durch die Anmeldung noch keine fixe Zusage besteht! Nach ärztlicher Prüfung werden sie von uns informiert ob eine Aufnahme stattfinden kann.