

An
ALIGER REISEN atlanta GmbH
Schwarzwaldstr. 3

81677 München

Fax(089 457475-47 / email wunsch@aliger.de

ANMELDEFORMULAR:

REISEZIEL

ANREISE – ABREISE DATUM

1

NAME/ VORNAME

STRASSE / HAUSNR.

PLZ / WOHNORT

TEL. NR.

FAX

E-MAIL ADRESSE

SONSTIGES:

z.B. GEHBEHINDERT / NICHTRAUCHER / SONDERWÜNSCHE....

ANGABEN FÜR HAEMODIALYSEPATIENTEN (Bitte Einkreisen bzw. Ausfüllen) :

PATIENT/IN NAME :Geb.Datum.....

DIALYSEART : **HD** / **HDF** / **sonstiges**:.....

DIALYSEDAUER : ___ x ____.... **Std.**

HCV positiv: Ja / Nein **Hep. A-B pos. :** Ja / Nein **HIV positiv:** Ja / Nein

DIALYSETAGE : **MO – MI – FR** / **DI – DO – SA**

DIALYSEZEITEN/ WUNSCH : **08:00 Uhr** / **13:00 Uhr** / **17:00 Uhr**

ALLERGIEN / BESONDERHEITEN :

.....

Versichert bei _____

Bei Haemodialysepatienten werden folgende Unterlagen benötigt :

1.) Arztbericht mit Laborwerten (**Achtung bei Reisen nach Malta und Ägypten: Eigenes Formular hierfür wird Ihnen von uns rechtzeitig zugeschickt**) 2.) Kostenübernahmebescheinigung Ihrer Krankenkasse
Beide Unterlagen bitte mindestens 3 Wochen vor Anreise faxen und Originale mitbringen.
Formulare und detaillierte Informationen werden nach Anmeldung umgehend zugesendet.

Mir ist bekannt, dass ALIGER REISEN atlanta GmbH ein Service-Entgelt zuzüglich Kommunikationskosten entsprechend der gültigen Preisliste für die Buchung eines Dialyse-Behandlungsplatzes in Rechnung stellt.

Datum _____

Unterschrift des Anmelders _____