

|  |
| --- |
| **Ummeldung APD** sleep●safe |

Bitte mind. 1 Woche vor Liefertermin bestellen! Danke!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nachname: |  | Telefon privat: |  |
| Vorname: |  | Telefon Arbeit: |  |
| Geb. am: |  | Krankenkasse: |  |
| Straße: |  | Vers.-Nr.: |  |
| PLZ/Ort |  |  |  |
| Liefertermin: |  | Dialysebeginn: |  |
| Pat. zu Hause ab: |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| APD Ausstattung | | | |
| sleep●safe (Cycler) |  | Katheterverlängerung 25 cm | Stk |
| Porter (Gerätewagen) |  | Katheterverlängerung 32 cm | Stk |
| Clip (Einsatz für Organizer) |  | Katheterverlängerung 40 cm | Stk |
| DiaJet (Entsorgungkanister Fa. Hageneder) |  | Katheterverlängerung 60 cm | Stk |
|  |  | ClearSurf Wipes | Pkg |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ansuchen auf Kostenerstattung durch Krankenkasse vorhanden |  | Bewilligung der Krankenkasse vorhanden |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Krankenhaus: |  |
| Adresse: |  |
| Arzt: |  |
| Pflege: |  |
| Telefonnummer: |  |

Stempel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des Arztes und Stempel

Bestellungen an: Fresenius Medical Care Austria GmbH Tel: 01 292 3501, Fax 01 292 3501-85

Lundenburgergasse 5, 1210 Wien Email: [pd.austria@fmc-ag.com](mailto:pd.austria@fmc-ag.com)