

|  |
| --- |
| **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