



Spett.le Segreteria DIALISI TURISTICA
 C/o Ospedale Civile di Jesolo
 Via Levantina 104
 30016 Jesolo - Venezia

MODULO DI PRENOTAZIONE DIALISI TURISTICA JESOLO

Il /la Sottoscritto/a : _____

Residente a : _____

Tel. : _____

Cell : _____

email : _____

Centro dialisi d'appartenenza: _____

Recapito telef e e-mail del centro dialisi di provenienza : _____

Chiedo di poter dializzare presso il Vs Centro

Numero di sedute: _____ DAL _____ AL _____

Indicare il turno abituale : _____

******la Direzione si riserva il diritto di adeguare il turno di seduta richiesto dal paziente alle esigenze interne del centro dialisi e si raccomanda a tutti i pazienti la puntualità', onde evitare disagi agli altri pazienti e garantire il corretto funzionamento del servizio dialisi ******

In attesa di Vs conferma, porgo Cordiali Saluti.

Data _____

I PAZIENTI HbsAg Positivi SONO ESCLUSI DAL TRATTAMENTO PRESSO IL NOSTRO CENTRO

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI NEFROLOGIA E DIALISI

Lido di Jesolo (VE) via Levantina 30016 E-mail turisti.nefrologia.jesolo@aulss4.veneto.it



Spett.le Segreteria DIALISI TURISTICA
 C/a Ospedale di Jesolo
 via Levantina 104 Jesolo - Venezia

Buchungsformular - Jesolo Feriendialyse 2022

Name: _____

Vorname : _____

Adresse: _____ Stadt: _____

Tel. or Handy: _____

Bitte, anzugeben:

Das Zeitraum und die Anzahl der Dialysebehandlungen: n° _____

Vom _____ bis _____

Bitte, die eigene Verschiebungen angeben: _____

*****VORSICHT , DIE TAGE UND SCHICHTEN WERDEN AUF DER GRUNDLADE
 DER VERBLEIBEDEN VERFUEGBARKEIT ZUGEWISSEN!*****

Telefonnummer und Adresse e-mail von eigenem Dialysezentrum :

Mit Freundliche Gruesse

Datum _____

! DARF MAN NICHT PATIENTEN HbsAg POSITIV AKZEPTIEREN !

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI NEFROLOGIA E DIALISI

Lido di Jesolo (VE) via Levantina 30016 E-mail turisti.nefrologia.jesolo@aulss4.veneto.it



Spett.le Segreteria DIALISI TURISTICA
C/a Ospedale di Jesolo
via Levantina 104 Jesolo - Venezia

Form booking dialysis Jesolo 2022

Surname: _____

First name : _____

Adress: _____ City: _____

Telephon or Mobile: _____

Please indicate:

The period and the number of dialysis treatments n° _____

From _____ To _____

***** The management reserves the right to adapt the session shift requested by the patient to the internal needs of the dialysis center and to the availability of places*****

Phone number or E-MAIL ADDRESS of the dialysis center of origin:

Date and place

Best Regards

!!!! YOU MUST NOT ACCEPT PATIENTS HbsAg POSITIVE!!!!



À l'attention
du secrétariat de la dialyse touristique de Jesolo
C/a Ospedale di Jesolo
via Levantina 104 Jesolo
Venezia

Formulaire de réservation de dialyse de vacances à Jesolo

PRÉNOM: _____

NOM : _____

ADRESSE: _____ Pays: _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OU DE PORTABLE: _____

Indiquez s'il vous plaît: _____

La période et le nombre de séances de dialyse dialyse: n° _____

De _____ à _____

Veillez indiquer les quarts de travail souhaités : _____

TÉLÉPHONER et FAX DU PROPRE CENTRE DE DIALYSE:

****** La direction se réserve le droit d'adapter la séance demandée par le patient aux besoins internes du centre de dialyse******

Cordialement

Date _____

>>> **LES PATIENTS HbsAg POSITIFS NE SONT PAS ACCEPTÉS** !<<<<