



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 nefrologia.jesolo@aulss4.veneto.it



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

BUCHUNGSFORMULAR - JESOLO FERIENDIALYSE 2022

Name: _____

Vorname : _____

Adresse: _____ Stadt: _____

Tel./ Handy: _____

Bitte Folgendes angeben:

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, Adresse und E-mail von eigenem Dialysezentrum:

Datum

Unterschrift

Chronisch HBV-infizierte Patienten werden von unserem Dialysezentrum nicht behandelt



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

FORM BOOKING DIALYSIS JESOLO 2022

Family name: _____

First name : _____

Address: - _____ City: _____

Telephon /Mobile: _____

Please specify:

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 seat availability *****

Phone number or e-mail address of your dialysis centre:

Date and place

Signature

Our diaysis centre does not treat HbsAg positive patients