



**Anmeldung zur Nierentransplantation**

<b>Patientenidentifikation</b>	
<b>ET-Nr.</b>	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße / Nr.	
PLZ und Ort	
Telefon	
Mobil-Telefon	
E-Mail	
<b>Aufenthaltstitel</b>	
<b>Kostenträger</b>	
Anschrift	
Versicherten-Nr.	
<b>Arbeitsplatz</b>	
Name	
Anschrift	
Telefon	
<b>Dialysezentrum/Klinik</b>	
Name	
Straße / Nr.	
PLZ und Ort	
Telefon	
Fax	
Dialysetage	
Dialysezeit	
<b>Datum 1. Dialyse</b>	
Unterschrift 1. Arzt	
Unterschrift 2. Arzt	