

**Dr. med. Ralf Schmidt - Dr. med. Gunnar Bücken – Dr. med. Andreas Atzeni -  
Dr. med. Ruth Fischer – Dr. med. Ludger Köster**  
Fachärzte für Innere Medizin – Nephrologie  
Hypertensiologen DHL

---

Hiermit möchte ich eine Anfrage zur Durchführung einer Gastdialyse-Behandlung in Ihrem Dialysezentrum aufgeben.

**Gewünschtes Dialysezentrum:**

Osnabrück  Bramsche

Mein Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

**Gewünschter Behandlungszeitraum:**

von (1. Dialyse): \_\_\_\_\_ bis (letzte Dialyse): \_\_\_\_\_

**Gewünschte Schicht:**

- Montag-Mittwoch-Freitag morgens
- Montag-Mittwoch-Freitag nachmittags
- Dienstag-Donnerstag-Samstag morgens

Hepatitis-B	pos <input type="radio"/>	neg <input type="radio"/>	unbekannt <input type="radio"/>
Hepatitis-C	pos <input type="radio"/>	neg <input type="radio"/>	unbekannt <input type="radio"/>
MRSA	pos <input type="radio"/>	neg <input type="radio"/>	unbekannt <input type="radio"/>

**Raum für weitere Bemerkungen:**

Bitte faxen Sie Ihre Anfrage an die 0541/326-4144  
Tel. Rückfragen Osnabrück: 0541/326-4141  
Tel. Rückfragen Bramsche: 05461/8829921