

|  |
| --- |
| Abmeldung eines PD-Patienten |

Name des Patienten:

Versicherungsnummer:

Beendigung der PD am:

Grund der Beendigung:

**[ ]**  Nierentransplantation

**[ ]**  Umstellung auf Hämodialyse

**[ ]**  Sonstiges:

 Stempel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des Arztes und Stempel

Meldung an: Fresenius Medical Care Austria GmbH

Lundenburgergasse 5, 1210 Wien

Tel: 01 292 3501, Fax 01 292 3501-85

Email: pd.austria@freseniusmedicalcare.com