

# Prenotazione CENTRO DIALISI Dr.ssa Claudia Ferrier-Guerra

## Informazioni personali:

Cognome: .....

Nome: .....

Data di nascita: .....

Sesso:            M            F

Indirizzo: .....  
.....  
.....  
.....

Telefono: .....

Fax: .....

## Il mio medico:

Cognome: .....

Nome: .....

Telefono: .....

Fax: .....

Indirizzo: .....  
.....  
.....  
.....

**Assicurazione:**

Assicurazione: .....

E111:                    Si                    No

**Informazioni vacanze:**

**Indirizzo in Svizzera**

(se conosciuto): .....

.....

.....

.....

**Data d'arrivo:** .....

**Data di partenza:** .....

**Piano dialisi:**

**Volte per settimana:** .....

**Turno preferito:**      **Mattina**                    **Pomeriggio**

**Sera**

**Accesso**

**vascolare:**              **Native Shunt**                    **Prosthetic AV-Shunt**

**Catetere**

**Il mio centro dialisi:**

**Telefono:** .....

**Fax:** .....

**Indirizzo:** .....

.....

.....

.....

**Informazioni dialisi:**

**Dialisi da:** .....

**Allergie:** .....

**Dieta:** .....

**Peso asciutto:** .....

**Luogo e data:**

.....

**Firma:**

.....