

# Réservation CENTRO DIALISI Dr. med. Claudia Ferrier-Guerra

## Informations personnelles:

Nom de famille: .....

Prénom: .....

Date de naissance: .....

Sexe:                    M                    F

Adresse: .....  
.....  
.....  
.....

Téléphone: .....

Fax: .....

## Médecin traitant:

Nom de famille: .....

Prénom: .....

Téléphone: .....

Fax: .....

Adresse: .....  
.....  
.....  
.....

**Assurance:**

Assurance: .....

E111:                    Oui                    Non

**Informations vacances:**

**Adresse en Suisse**

(si connue): .....

.....

.....

.....

Date d'arrivée: .....

Date de départ: .....

**Plan de dialyse:**

Dialyse par  
semaine: .....

**Roulement**

préféré:                    **Matin**                    **Après-midi**

**Soir**

Accès vasculaire:                    **Native Shunt**                    **Prosthetic AV-Shunt**

**Cathéter**

**Mon centre de dialyse:**

**Téléphone:** .....

**Fax:** .....

**Adresse:** .....

.....

.....

.....

**Informations de dialyse:**

**Dialyse depuis:** .....

**Allergies:** .....

**Régime:** .....

**Poids sec:** .....

**Lieu et date:**

.....

**Signature:**

.....