



## Anmeldung zur Implantation eines CAPD-Katheters

CAPD@uk-koeln.de

Fax:0221-478-86342

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Einnahme von:	ASS	<b>ja</b>	<input type="radio"/>	<b>nein</b>	<input type="radio"/>
	Marcumar	<b>ja</b>	<input type="radio"/>	<b>nein</b>	<input type="radio"/>
Einnahme von:	Metformin	<b>ja</b>	<input type="radio"/>	<b>nein</b>	<input type="radio"/>

Anleitung zur CAPD durch Transplantationszentrum Köln: **ja**  **nein**

Zuweisendes nephrologisches Zentrum:

Behandelnder Nephrologe:

Telefonnummer des nephrologischen Zentrums:

Stempel
---------

***Bitte Anmeldeformular per E-Mail oder per Fax übersenden !***