

Kautionsanmodning

Udfyldes af visiterende overlæge og sendes via regionen til:

Fanø Dialyseklínik
Vestervej 1
6720 Fanø
Mail: fanoe@nyre.dk

Navn:	
Adresse:	
Postnr. og by:	Cpr.nr.:

Diagnose:
Visiteres til dialysebehandling i Fanø Dialyseklínik, Vestervej 1, 6720 Fanø i forbindelse med ferie/rekreation. Der er ikke læge til stede under dialyserne. Alle sygeplejersker har mere end 5 års erfaring indenfor dialyse. Lægeansvarlig er speciallæge i nefrologi Kjeld Erik Otte.
Forventet antal dialysebehandlinger:

Dato: (uge)

Visiteres fra sygehus/afdeling:	Den /
Stempel:	_____ Underskrift

Regionens kautionserklæring

Undertegnede region kautionerer hermed for ovennævnte patients dialysebehandling på Fanø Dialyseklínik

Den /

Regionens stempel

Underskrift

Opmærksomheden henledes på, at den henvisende region er indforstået med, at behandlingsudgifterne pr. 1/1-2025 på kr. 3.583,15 pr. dialysebehandling afregnes med Nyreforeningen. Prisen pr. dialyse er i henhold til aftale mellem Nyreforeningen og Danske Regioner.