**Klinikum rechts der Isar
Anstalt des öffentlichen Rechts**

**Klinik und Poliklinik für Chirurgie**

**Klinik und Poliklinik für Nephrologie**

**Klinik und Poliklinik für Urologie**

Ismaninger Straße 22
81675 München

Transplantationszentrale:

 Tel: 089 4140-2011

 Fax: 089 4140-4884

E-mail: transplantation@mri.tum.de

Transplantationsstation M1a:

 Tel: 089 4140-5024 (Ärzte)

 Tel: 089 4140-2111 (Pflege)

 Fax: 089 4140-4805

Nephrologie Station D3a:

Tel.: 089 4140-5231

Tel.: 089 4140-2339 (Pflege)

Tel.: 089 4140-5235 (Dialyse)

Transplantationsambulanz:

 Tel: 089 4140-6703

 Fax: 089 4140-4741

**www.transplantation.mri.tum.de**

**www.mri.tum.de**

Klinikum rechts der Isar

Technische Universität München

**Bescheinigung bitte einsenden an:**

 **TransplanTUM**

 Transplantationszentrale 

 z.Hd. Fr. C. Federspiel / Fr. M. Weyrauch

 Klinikum rechts der Isar

 Ismaningerstraße 22

 81675 München

Fax.: 089 4140-4884

**Bescheinigung des Datums der ersten Dialyse**

Name behandelnde/r Ärztin / Arzt: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Dialysezentrum: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Allgemeine Daten des Patienten:**

Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

geb.: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

ggf. Geburtsname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Datum der 1. Peritonealdialyse: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Datum der 1. Haemodialyse: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

derzeit: [ ]  Haemodialyse

 [ ]  Peritonealdialyse

Datum: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stempel des Dialysezentrums: