

DATUM.....

**Bestätigung Ihres Dialysearztes, dass Sie für Limited care Dialyse geeignet sind.**

Herr/Frau.....ist fuer LIMITED CARE Dialyse geeignet.

**Bitte geben Sie das Sturzrisiko ein :**

Kein Risiko  Niedriges Risiko  Mittleres Risiko  Hohes Risiko

**Unterschrift und Stempel**

.....

Elaborato da WBR Lana data 01/01/2020 Alex Losa

Aggiornamento eseguito da: WBR Lana data 09/09/2020 Alex Losa