

## ANTRAGSFORMULAR Hämodialyseurlaub Feriendialysezentrum Veurne

<b>H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen vzw</b> Wilgenstraat 2 8800 Roeselare tel. 051 23 71 11 fax 051 23 70 60 e-mail: <a href="mailto:info@hhr.be">info@hhr.be</a> <a href="http://www.hhr.be/">www.hhr.be/</a>	<b>Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman vzw</b> Briekestraat 12 8900 Ieper tel. 057 35 35 35 fax 057 35 36 37 e-mail: <a href="mailto:informatie@yperman.net">informatie@yperman.net</a> <a href="http://www.yperman.net/">www.yperman.net/</a>	<b>AZ Sint-Augustinus Veurne</b> Ieperse Steenweg 100 8630 Veurne tel. 058 33 31 11 fax 058 33 30 11 e-mail: <a href="mailto:info@azsav.be">info@azsav.be</a> <a href="http://www.azsav.be/">www.azsav.be/</a>
---	---	--

### Vakantie hemodialyse

Collectieve Autodialyse Veurne

Klinieklaan 1, B-8630 Veurne

Tel. 00 32 (0)58 33 38 20 of 00 32 (0)58 33 31 11 – Fax 00 32 (0)58 33 38 24

E-mail: [cad@azsav.be](mailto:cad@azsav.be)

Geerhrte(r) Dame, Herr

**Alle nachstehenden Angaben mindestens 4 Wochen vor dem ersten Dialyseurlaub zurückzuschicken an CAD Veurne – Klinieklaan 1 – B – 8630 Veurne  
order faxen an Fax 00 32 (0)58 33 38 24**

### Teil 1: ANGABEN ( DURCH DEN PATIENTEN AUSZUFÜLLEN)

#### A. Persönliche Angaben

Name (Mädchenname)	Vorname:
Straße:	Nr.:
Postleitzahl:	Ort:
Land:	Nationalität:
Telefonnummer:	Mobiltelefon:
E-Mail:	Geburtsdatum:
Sprachkenntnisse: (mündlich)	

**Bitte eine Kopie Ihres Personalausweises (Vorder- und Rückseite) hinzufügen.**

#### B. Derzeitiges Dialysezentrum

Name des Dialysezentrums:	
Ort:	Land:
Telefonnummer:	Fax:
E-Mail:	
Behandelnder Arzt:	

### C. Informationen bezüglich Ihres Urlaubs

Urlaubsanschrift, Straße:			
Postleitzahl:		Ort:	
Telefonnummer:			
Erste Dialyse am:			
Letzte Dialyse am:			
Vorzugsweise	<input type="checkbox"/>	Vormittag	Montag/ Mittwoch/ Freitag
	<input type="checkbox"/>	Nachmittag	Montag/ Mittwoch/ Freitag
	<input type="checkbox"/>	Vormittag	Dienstag/ Donnerstag/ Samstag
Aber aus organisatorischen Gründen können wir Ihnen ein andere dialysesession vorschlagen.			
Im Notfall zu benachrichtigen? (Name, Adresse, Telefonnummer)			

### D. Angaben zur Krankenkasse oder Krankenversicherung

<b>Für belgische Staatsbürger:</b>
Name + Nummer Krankenkasse (SIS-Karte):
Name des Karteninhabers:
Krankenversicherungsnummer + Kode:
Vignette der Krankenkasse:
<b>Für ausländische Mitbürger:</b>
Zahlungsverpflichtung E112 und Europäische Krankenkassenkarte <b><u>zuschicken</u></b> bitte

### E. Transport

Das Zentrum selbst ist verantwortlich für die Transportregelung vom und zum Dialysezentrum Veurne und zwar über die Krankenversicherung des Patienten.
--

## Deel 2: ANGABEN (DURCH DEN ARZT AUSZUFÜLLEN)

<b>Name des PATIENTEN:</b>	
Renale Diagnose:	
kürzlich aufgetretene Probleme / Komplikationen während der Dialyse:	
Datum der ersten Dialyse:	
Andere Diagnosen / relevante medizinische Vorgeschichte (u.a. Diabetes, Pacemaker, Hypertonie, kardiale Beschwerden,....)	
<b>Blutgruppe:</b>	<b>Rh.</b>
Irreguläre Antikörper:	
Allergien (Antibiotikum, andere Medikamente, Kontrast, Nahrungstoffe, andere,...):	
<b>Medikation während der Dialyse:</b>	
EPO: (Markenname, Dosis, Darreichungsform): <b><u>ist zum Präferenz vom EIGENEN Dialysezentrum mitzubringen</u></b>	
Neorecormon ist hier verfügbar.	
<b>Eisen:</b>	
<b>Vitamine:</b>	
<b>andere:</b>	



<b>Anti-koagulation künstliche Niere:</b>	
Heparin, Fraxiparin, Clexan, Fragmin, Zitrat, Innohep, andere	
Anfangsdosis:	
Erhaltungsdosis:	
<input type="checkbox"/>	Intermittierend:
<input type="checkbox"/>	Kontinuierlich:

**Zugang:**

<b>AV Fistel</b>	Nativ / Kunststoff		
	Stelle:		
	Unipunktur / Bipunktur		
	Metallnadel / Katheternadel	Diameter: (Gauge):	
<b>Dialysekatheter</b>	Typ:		
	Stelle:		
	Einzellumen/Doppellumen		
	Womit den Katheter füllen?		
	<input type="checkbox"/>	Reines Heparin	Menge:
	<input type="checkbox"/>	Heparin verdünnt	Menge:
	<input type="checkbox"/>	Zitrat	Menge:
	<input type="checkbox"/>	andere	Menge:

**Laborergebnisse:** bitte aktuelle Werte mitgeben

<b>Transplantationskandidat:</b>	<input type="checkbox"/>	Ja
Transplantationszentrum:	<input type="checkbox"/>	Nee

**Bitte dem Patienten mitgeben:**

- Letztes EKG – am  (Datum)
- Letzte Röntgenbilder – am  (Datum)

**Stempel des Arztes, Datum, Unterschrift:**