

Aanvraagformulier Vakantie Hemodialyse Veurne

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

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

Geachte heer/mevrouw,

Wil alle volgende ingevulde gegevens minstens 4 weken vóór de eerste vakantie-dialyse opsturen naar CAD Veurne – Klinieklaan 1 – 8630 Veurne of faxen naar Fax 00 32 (0)58 33 38 24

Deel 1: GEGEVENS IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT

A. Persoonlijke gegevens

Naam (meisjesnaam)	Voornaam:
Straat:	Nr.:
Postnummer:	Gemeente:
Land:	Nationaliteit:
Telefoonnummer:	GSM:
E-mail:	Geboortedatum:
Spreekta(a)l(en):	

Wil een kopie bijvoegen van uw identiteitskaart (voor- en achterzijde aub)

B. Huidig dialysecentrum

Naam dialysecentrum:	
Gemeente:	Land:
Telefoonnummer:	Fax:
E-mail:	
Behandelend geneesheer:	

C. Vakantie inlichtingen

Vakantie straatnaam:	
Postnummer:	Gemeente:
Telefoonnummer:	
Eerste dialyse op:	
Laatste dialyse op:	
Voorkeur voor	<input type="checkbox"/> voormiddag maandag/ woensdag/ vrijdag
	<input type="checkbox"/> namiddag maandag/ woensdag/ vrijdag
	<input type="checkbox"/> voormiddag dinsdag/ donderdag/ zaterdag
We houden zoveel mogelijk rekening met uw voorkeur. Om organisatorische redenen kan er u een andere shift voorgesteld worden.	
Wie verwittigen bij moeilijkheden tijdens de vakantie? (naam, adres, telefoonnummer)	

D. Mutualiteits- of verzekeringsgegevens

Voor Belgen:
Naam + nummer mutualiteit (SIS-kaart):
Naam titularis:
Inschrijvingsnummer + code:
Kleefvignet mutualiteit:
Voor buitenlanders: betalingsverbintenis E112 en Europees Mutualiteitkaartje <u>opsturen</u> aub

E. Vervoer

Het centrum dient zelf in te staan voor de vervoersregeling van en naar het dialysecentrum in Veurne en dit via de ziekteverzekering van de patiënt.
--

Anticoagulatie kunstnier:	
Heparine, Fraxiparine, Clexane, Fragmin, Citraat, Imnohep, andere	
Startdosis:	
Onderhoudsdosis:	
<input type="checkbox"/>	Intermittent:
<input type="checkbox"/>	Continu

Toegangsweg:

AV fistel	Natieve / kunststof		
	Plaats:		
	Unipunctuur / bipunctuur		
	Metaalnaald / katheternaald	Diameter: (Gauge):	
Dialysecatheter	Type:		
	Plaats:		
	Enkellumen/dubbellumen		
	Hoe katheter opvullen?		
	<input type="checkbox"/>	Heparine zuiver	volume:
	<input type="checkbox"/>	Heparine verdund	volume:
	<input type="checkbox"/>	Citraat	volume:
<input type="checkbox"/>	Andere	volume:	

Laboresultaten: graag de recente uitslagen meegeven

Transplantkandidaat:	<input type="checkbox"/>	Ja
Transplantcentrum:	<input type="checkbox"/>	Nee

GRAAG MEEGEVEN MET PATIËNT:

- Laatste EKG – afgenomen op (datum)
- Laatste RX foto's – afgenomen op (datum)

Stempel geneesheer, datum, handtekening: