

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 opsturen 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:	
<ul style="list-style-type: none"> Laatste EKG – afgenomen op <input type="text"/> (datum) Laatste RX foto's – afgenomen op <input type="text"/> (datum) 	

Stempel geneesheer, datum, handtekening: