

ANTRAGSFORMULAR Hämodialyseurlaub Feriendialysezentrum 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

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

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

Name des PATIENTEN:	
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,....)	
Blutgruppe:	Rh.
Irreguläre Antikörper:	
Allergien (Antibiotikum, andere Medikamente, Kontrast, Nahrungstoffe, andere,...):	
Medikation während der Dialyse:	
EPO: (Markenname, Dosis, Darreichungsform): <u>ist zum Präferenz vom EIGENEN Dialysezentrum mitzubringen</u>	
Neorecormon ist hier verfügbar.	
Eisen:	
Vitamine:	
andere:	

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

Zugang:

AV Fistel	Nativ / Kunststoff		
	Stelle:		
	Unipunktur / Bipunktur		
	Metallnadel / Katheternadel	Diameter: (Gauge):	
Dialysekatheter	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

Transplantationskandidat:	<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: