

### Aanmeldformulier vakantiedialyse

Uiterlijk 6 weken voor aanvang het ingevulde formulier en een kopie van uw paspoort of ID-kaart (beide zijden) zenden naar:  
Dialyse Reinier de Graaf, Antwoordnummer 10263, 2600 WW Delft

Doorkiesnummer: 015 260 46 86

#### A. Persoonsgegevens

Naam:	Voornaam:
Straat + huisnr.:	Postcode:
Plaats:	Land:
Nationaliteit:	Geboortedatum:
Spreektaal:	E-mail:
Tel.nr. thuis:	Mobiel:
BSN + paspoort-/ ID kaartnummer	
Huisarts:	Telefoon:
Adres:	

#### B. HUIDIG DIALYSECENTRUM

Naam dialysecentrum:		
Straat:	nr.	Postcode:
Plaats:	Land:	
Telefoon:	Fax:	
E-mail:		
Huidige dialysedagen en dialyseuur:		
Behandelend nefroloog:		
Verantwoordelijk dialyseverpleegkundige:		

#### C. VAKANTIEGEGEVENS

Vakantieperiode:		
Naam vakantieadres (indien al bekend):		
Straat:	nr.	Postcode:
Plaats:	Telefoon:	
In geval van nood waarschuwen:	Relatie tot patiënt:	

#### Gewenste vakantiedialysedagen en dagdelen

Datum 1e dialyse in Reinier:	<input type="checkbox"/> maandag	<input type="checkbox"/> dinsdag	<input type="checkbox"/> ochtend
Datum laatste dialyse in Reinier:	<input type="checkbox"/> woensdag	<input type="checkbox"/> donderdag	<input type="checkbox"/> middag
	<input type="checkbox"/> vrijdag	<input type="checkbox"/> zaterdag	<input type="checkbox"/> nacht

#### D. VERZEKERINGSGEGEVENS\*

Naam zorgverzekeraar:
Polisnr.:

\* U dient schriftelijk toestemming van uw zorgverzekeraar mee te sturen ter bevestiging van de vergoeding van de totale dialysekosten in Reinier de Graaf.

**Aanmeldformulier vakantiedialyse in te vullen door nefroloog**

Doorkiesnummer: 015 260 46 86

**Graag onderstaande gegevens aan uw patiënt overhandigen zodat deze meegestuurd worden.**

- Recente serologie (max. 3 maanden oud)
- MRSA uitslagen (max 3 weken oud)
- Laboratoriumuitslagen van de laatste maand
- Schriftelijk akkoord zorgverzekeraar van patiënt met betrekking tot vergoeding kosten
- Meest recente dialysegegevens patiënt
- Kopie verzekeringskaart

**Gegevens in te vullen door de behandelend nefroloog**

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Diagnose en medische voorgeschiedenis:

---

---

---

**Datum eerste dialyse:**

---

**Huidige medische status / bijzonderheden:**

---

---

---

---

**Zelfstandigheid patiënt:**

---

---

---

---

**Transplantatie wachtlijst:**

Ja

Nee

**Toegang tot de bloedbaan**

Rechts

Links

AVF

Button hole techniek

Ja

Nee

PTFE

---

---

**Soort naald**

<input type="checkbox"/> Staal	<input type="checkbox"/> Plastic
<input type="checkbox"/> 15 gauche	<input type="checkbox"/> 16 gauche
<input type="checkbox"/> 14 gauche	<input type="checkbox"/> 17 gauche
<input type="checkbox"/> SN	<input type="checkbox"/> SN

Katheter	<input type="checkbox"/> Enkellumen	<input type="checkbox"/> Dubbellumen
	<input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Rechts

Dialysetijd: \_\_\_\_\_ uur

Frequentie: \_\_\_\_\_

Drooggewicht: \_\_\_\_\_

Eigen diurese: \_\_\_\_\_

Interdialytische gewichtstoename: \_\_\_\_\_

Allergie informatie \_\_\_\_\_

Dieetinformatie \_\_\_\_\_

**Dialysemethode**

<input type="checkbox"/> HD	<input type="checkbox"/> HDF	l/h
-----------------------------	------------------------------	-----

**Type kunstnier**

**Fresenius**

<input type="checkbox"/> F6 HPS
<input type="checkbox"/> F8 HPS
<input type="checkbox"/> F10 HPS
<input type="checkbox"/> FX 60
<input type="checkbox"/> FX 80

**Antistollingsbeleid**

<input type="checkbox"/> Fraxiparine 2850 IE
<input type="checkbox"/> Fraxiparine 3800 IE
<input type="checkbox"/> Fraxiparine 5700 IE

Bloedflow

Maximale UF volume

Maximale UF rate

Maximale GUF rate

Natrium

Bicarbonaat

Temp. Dialysaat

Dialysaat concentraat

<b>Fresenius</b>	<input type="checkbox"/> <b>AC-F 119/5</b>	<input type="checkbox"/> <b>AC-F 219/1</b>	<input type="checkbox"/> <b>AC-F 313/2</b>
Na (sodium)	138 mmol/l	138 mmol/l	138 mmol/l
K (potasium)	1 mmol/l	2 mmol/l	3 mmol/l
Ca	1,25 mmol/l	1,25 mmol/l	1,25 mmol/l
Mg	0,5 mmol/l	0,5 mmol/l	0,5 mmol/l
Cl	107,5 mmol/l	108,5 mmol/l	109,5 mmol/l
HC03	32 mmol/l	32 mmol/l	32 mmol/l
Glucose	1 g/l	1 g/l	1 g/l

### Serologie

HbsAg	positief	negatief	Datum:
HCV (hep C)	positief	negatief	Datum:
HIV-test	positief	negatief	Datum:
MRSA infectie	positief	negatief	niet getest

Reanimatiecode:

Huidige medicatie

Zijn er nog andere aandachtspunten van belang?

Naam en handtekening behandelend nefroloog

Datum: