

Zorgvakanties

AANMELDINGSFORMULIER VOOR VAKANTIEDIALYSE

blz. 1: In te vullen door de patiënt:

blz. 2 en 3: In te vullen door de eigen dialyse arts

Vakantiedialysecentrum:

Afdeling Hemodialyse

Locatie:

Tel:

Fax:

E-mail:

In te vullen door patiënt:

Naam:

Meisjesnaam:

Voornaam:

Geb. datum:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Tel.nr.:

Mobiel:

Huisarts:

Contactadres in geval van nood:

Naam:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Tel.nr.:

Relatie:

Gegevens ziektekostenverzekeraar:

Naam:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Tel.nr.:

Inschijfnr:

BSN:

Vakantieadres:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Tel. nr.:

Vakantieperiode van: tot:

In te vullen door eigen dialyse arts:

centrum passief / centrum actief / hoteldialyse / thuisdialyse
bezwaar tegen polyflux membraan 14 L / 17L ja / nee
bezwaar tegen Fragmin (dalteparine, laagmoleculair heparine) antistolling? ja / nee
Zijn er problemen tijdens de dialyses? ja / nee
Zijn er problemen te verwachten tijdens de vakantiedialyses? ja / nee
HbsAG positief / negatief
Hepatitis C status positief / negatief / onbekend
HIV status bekend / positief / negatief / onbekend
Is patiënt ooit MRSA-positief geweest ja / nee / onbekend

Is patiënt momenteel nog steeds MRSA positief dan kan het zijn dat sommige dialysecentra uw patiënt jammer genoeg niet willen ontvangen gezien hun slechte ervaringen in soortgelijke situaties.
Indien patiënt in het verleden MRSA positief is geweest (maar nu weer negatief), dienen de resultaten van 3 recente MRSA-kweken meegestuurd te worden met daarbij een beschrijving van de behandeling van de MRSA in het verleden

Aanvullende informatie van belang voor de vakantiedialyse:

Adres eigen dialysecentrum:

Naam:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Tel. nr.:

Fax:

Arts:

Laatste dialyse eigen centrum:

Eerste dialyse eigen centrum na vakantie:

Dialyseschema

aantal per week:

gedurende uur:

Samenstelling dialysaat:

Na mmol / l:

K mmol / l:

Chl mmol / l:

Ca mmol / l:

Mg mmol / l:

Acetaat mmol / l:

Bic mmol / l:

Gluc mmol / l:

Type kunstnier

Firma:

Membraan:

Oppervlakte (m²):

UF faktor:

Type naalden

één naald / twee naalden

Bloedflow:

Soort antistolling:

Prime dosis IE:

onderhoudsdosis IE:

Bloeddruk

vóór dialyse:

na dialyse:

gemiddeld tijdens:

Gemiddeld gewichtsverlies tijdens dialyse:

Streefgewicht:

Urineproductie per 24 uur:

Dieet:

Type en locatie AV fistel / AV graft

Diagnose en medische voorgeschiedenis:

Startdatum dialyse:

Allergieën:

Medicatie:

Recente medische bijzonderheden:

Laboratorium-uitslagen:

Bloedgroep:

Rh. Faktor:

Haemoglobine Eenheid:

Haematocriet Eenheid:

Natrium Eenheid:

Kalium Eenheid:

Ureum Eenheid:

Calcium Eenheid:

Fosfaat Eenheid:

Albumine Eenheid:

Datum (dd-mm-yyyy):

Ingevuld door: