



Aanmeldingsformulier Vakantiedialyse Dialysecentrum, Flevoziekenhuis

Versie 5.5

Administratie formulier

(Administrative form)

Persoonlijke gegevens:

(Information concerning the patient)

Naam van de patiënt: _____ M/V Paspoort/IDkaartnr: _____
(Name and surname) (Passport/ID card number)

Geboorte datum: _____ Nationaliteit: _____
(Date of birth) (Nationality)

Adres: _____
(Address) _____

Land: _____
(Country)

Tel: _____ GSM: _____
(Telephone number) (Cellphone)

Verzekeringsmaatschappij: _____ Sofi nummer: _____
(Insurance company)

Verzekeringsnummer: _____ Kopie EHIC kaart mee sturen
(Insurance serial No) (Send copy of EHIC cart)

Vakantieadres: _____ Reisorganisatie: _____
(Holiday address) (Travel Agency)

In geval van nood waarschuwen: _____ Relatie: _____
(In case of emergency) (Relation)

Telefoonnummer: _____
(Telephone number)

Vakantieperiode van: _____
(Holidayperiod)

Aankomst datum: _____ Vertrek datum: _____
(Arrival date) (Departure date:)

Datum eerste dialyse: _____ Datum laatste dialyse: _____
(First dialysis) (Last dialysis)



**Aanmeldingsformulier Vakantiedialyse
Dialysecentrum, Flevoziekenhuis**

Versie 5.5

Naam van eigen Dialysecentrum: _____
(Own Regular Dialysis Centre)

Adres: _____
(Address) _____

Tel: _____ Fax: _____
(Telephone with area code)

Contactpersoon: _____ E-mail: _____
(Contactperson)

Behandelend Nefroloog: _____
(Nephrologist in charge)



Aanmeldingsformulier Vakantiedialyse Dialysecentrum, Flevoziekenhuis

Versie 5.5

Dialyse formulier

(Dialysis form)

Patiënt

Naam : _____
(Surname and initials)

Geboortedatum: _____
(Date of birth)

Bloedgroep : _____
(Blood Type)

Naam van eigen Dialysecentrum: _____
(Name of Own Regular Dialysis Centre)

Telefoonnummer: _____
(Telephone nr. with country and area code)

Toegang: _____
(Vascular Access)

 Shunt Catheter Links
(Left) Rechts
(Right)

Soort Naald: _____
(needle type)

 Staal
(steal) Plastic
(Flexible)

Dialyse duur: _____ uur.
(Duration per dialysis)

Frequentie: _____
(Number of dialysis sessions per week)

Dialyse techniek: _____
(Treatment)

 HD SN (Single needle) HDF, _____ l/h DN (Twin needle)

Streefgewicht: _____ Kg
(Dry weight)

Gewichtstoename tussen twee dialyses door: _____ kg
(Weight gain between two dialysis)

Urineproductie per 24 uur: _____
(diuresis volume/24 hour)

Bloeddruk: _____
(Bloodpressure) (Before Dialysis)

Voor Dialyse: _____

Na Dialyse: _____
(after Dialysis)

Type Kunstnier: _____
(Type Dialyser)

Fresenius (FX= Polysulfone en PVP)		
	Fx 5	1.0 m ² Low- flux
	Fx 8	1.4 m ² Low -flux
	FX Cordiax 600	1.6 m ² HDF
	FX Cordiax 800	2.0 m ² HDF
	FX Cordiax 1000	2.3 m ² HDF
	other dialyser	

	Aanmeldingsformulier Vakantiedialyse Dialysecentrum, Flevoziekenhuis	Versie 5.5
---	---	------------

Soort antistolling: _____
(anticoagulation)

Priming dosis: _____

Continue dosis: _____

Bloedflow: _____
(Bloodflow)

Maximale UF rate / uur: _____
(UF max. /hour)

Maximale UF volume: _____
(Max. UF total)

Maximale GUF rate: _____
(Max. isolated UF)

Natrium Profiling : 0 Ja 0 Nee
(Sodium profiling)

Start: _____ Eind: _____
(Start) (End)

UF Profiling: 0 Ja 0 Nee
(UF profiling)

Start: _____ Eind; _____
(Start) (End)

Dialysaat instellingen: Natrium: _____
(Dialysate electrolyte) (Sodium)

Bicarbonaat: _____
(Bicarbonate)

Temp. Dialysaat: _____
(Temp. Dialysate)

Dialysaatconcentraat:
(Dialysate electrolyte concentrations)

Fresenius	<input type="checkbox"/> AC-F 213/4	<input type="checkbox"/> AC-F 219/1	<input type="checkbox"/> AC-F 419
Na	138 mmol/l	138 mmol/l	138 mmol/l
K	2.0 mmol/l	2.0 mmol/l	4.0 mmol/l
Ca	1.5 mmol/l	1.25 mmol/l	1.25 mmol/l
Mg	0.5 mmol/l	0.5 mmol/l	0.5 mmol/l
Cl	109 mmol/l	108.5 mmol/l	110.5 mmol/l
HCO ₃	32 mmol/l	32 mmol/l	32 mmol/l
Glucose	1 G/l	1 G/l	1 G/l



Aanmeldingsformulier Vakantiedialyse Dialysecentrum, Flevoziekenhuis

Versie 5.5

Medisch formulier

(Medical information)

Graag 3 weken voor aanvang vakantie van de patiënt op sturen

(Must be send three weeks before the arrival of the patient)

Patiënt

Naam : _____
(Name)

Geboortedatum : _____
(Date of birth)

Bloedgroep : _____
(Blood type)

Naam van eigen Dialysecentrum: _____
(Name of Own Regular Dialysis Centre)

Telefoonnummer: _____
(Telephone nr. with country and area code)

Land: _____
(Country)

Diagnose en medische voorgeschiedenis:

(Diagnosis and medical history)

Sinds wanneer dialyseert de patiënt: _____
(Date of first treatment by dialysis)

Recente problemen:

(Recent problems)

Hoe verlopen de dialyses:

(Particular problems during dialysis)

Allergieën:

(Allergy)

	Aanmeldingsformulier Vakantiedialyse Dialysecentrum, Flevoziekenhuis	Versie 5.5
---	---	------------

Dieet: _____
(Diet)

Huidige behandeling:
(Current treatment)

EPO dosis: _____

Ijzer dosis:
(Iron dose) _____

Overige:
(Others) _____

Huidige medicatie:
(Present medication)

Serologie: _____
(Serology)

HbsAg : Pos. / Neg. Datum: _____
(Pos. / Neg.) (Date)

HCV (Hepatitis C-virus) : Pos. / Neg. Datum: _____
(Pos. / Neg.) (Date)

HIV-test : Pos. / Neg. Datum: _____
(Pos. / Neg.) (Date)

MRSA infectie : Ja / Nee
(MRSA infection) (Yes / No)

Belangrijk: Recente serologie uitslagen (niet ouder dan 3 maanden) mee sturen.

(Very important: Enclose serology results below 3 months!)

MRSA testen worden alleen vanuit Nederlandse laboratoria geaccepteerd.

Bij een positieve MRSA kweek of een uitslag ouder dan een maand kunnen wij patiënt niet accepteren.

MRSA tests form laboratories abroad are never accepted. Therefor preferably one day before the first dialysis in our centre, we will perform a MRSA-quick test which will give conclusive results within 24 hours time

In case of an already known MRSA positivity at the moment of application, we will never accept the patient for vacation dialysis, unless there is a unique and urgent reason which should accordingly be discussed between the both medical teams themselves.



**Aanmeldingsformulier Vakantiedialyse
Dialysecentrum, Flevoziekenhuis**

Versie 5.5

ECG uitslag (niet ouder dan 6 maanden) meesturen

(Very important: enclose EKG result below 6 months)

Reanimatie code: _____

(DNR code , limitations in: intensive treatment like ICU, mechanical ventilation, transfusions with blood products, surgery etc)

Laboratorium uitslagen van de laatste maand mee sturen.

*(Send **relevant** laboratory data over the past month)*

Naam en handtekening van de Nefroloog:

(Name and signature of the nephrologist)

(Signature) Datum: _____
(Date)

De overdracht kunt u sturen naar : Dialysecentrum Flevoziekenhuis

(Send de transfer papers to)

Hospitaalweg 1
1315 RA Almere - stad
Holland
Tel: +3136-8689237
Fax:+3136-8689516

E-mail: dialysecentrum@flevoziekenhuis.nl