



Gegevens in te vullen door de patiënt

A. Persoonsgegevens

| | |
|-------------------|-------------|
| Naam: | Voornaam: |
| Straat + huisnr.: | Postcode |
| Plaats: | Land: |
| Nationaliteit: | Geb. datum: |
| Tel.nr thuis: | Mobiel: |
| E-mail: | |
| Huisarts: | |

B. Huidig dialysecentrum

| | |
|--|-------|
| Naam dialysecentrum: | |
| Plaats: | Land: |
| Tel. nr.: | Fax: |
| Behandelend arts: | |
| Verantwoordelijk dialyseverpleegkundige: | |

C. Vakantiegegevens

| | |
|--|-----------|
| Naam vakantieadres (indien al bekend): | |
| Straat: | Postcode: |
| Plaats: | Tel.nr: |
| Huidige dialysedagen en dialyseduur: | |
| Gewenste dialysedagen: | |

D. Verzekeringsgegevens

| |
|-----------------------|
| Naam zorgverzekeraar: |
| Polisnr: |

***LET OP !** Schriftelijke toestemming van uw zorgverzekeraar meesturen ter bevestiging van de vergoeding van de totale dialysekosten in ons centrum.