

**Please complete file and forward it to the dialysis unit of your choice (see above)**

## HOLIDAY PATIENT REGISTRATION FORM

DATE OF DEMAND :        /        /

Name : \_\_\_\_\_ First name : \_\_\_\_\_ date of birth : \_\_\_\_\_

Address : \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

<u>Period of your stay :</u>	<u>Your holiday place :</u>

### YOUR USUAL DIALYSIS CENTRE

ADDRESS : _____
PHONE : _____ FAX : _____

### USUAL DIALYSIS MODALITY

<input type="checkbox"/> Assisted Autodialysis	<input type="checkbox"/> Home Hemodialysis
<input type="checkbox"/> limited- Care Dialysis	<input type="checkbox"/> In-Centre Dialysis

<u>OBSERVATIONS :</u>
Mobility :
Vascular acces : AV-fistula    CV- catheter?
First request ? yes / no                      AURAL dialysis Unit requested :

**For internal use : Fiche à conserver au sein de l'unité de dialyse AURAL**

### SUIVI DU DOSSIER VACANCIER PAR LA SECRETAIRE

Dossier médico-administratif faxé au patient le : ...../...../.....  Par :  Retourné par le patient le : ...../...../.....	<b>Au retour du dossier complet, documents transmis à la facturation :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attestation d'assuré social ou copie de la carte européenne pour les ressortissants de la C.E. (<b>lisible et à jour</b>)</li> <li>- Copie de la <b>page 1</b> du dossier administratif</li> <li>- Copie d'une pièce identité</li> </ul> Le ...../...../.....
---	---