

## PRIJAVNI LIST

ispunjava bolesnik

Ime i prezime	<input type="text"/>	Datum rođenja	<input type="text"/>
Adresa (ulica)	<input type="text"/>	Grad	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

Dijalitički, domicilni, centar: (naziv ustanove)	<input type="text"/>		
Adresa ustanove: Ulica, grad, telefon, faks, e-mail	<input type="text"/>		
Liječnik	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

### Želio bih provesti, za vrijeme godišnjeg odmora, liječenje hemodijalizom u Poliklinici REDIAL

Opcija 1. od  do  (zadnji dan dijalize)

Opcija 2. od  do  (zadnji dan dijalize)

Dani dijalize:	Ponedjeljak, Srijeda, Petak	Utorak, Četvrtak, Subota	Smjena 1	Smjena 2
Pristup krvotoku:	AV fistula	Kateter	Bolesnik sa posebnim potrebama:	NE DA
Pokretan:	NE	DA		

Markeri (biljezi): (nalazi ne stariji od 30 dana)  HBS-Ag; Anti HBS; Anti HCV; Anti HIV  Pozitivan  Negativan

Laboratorijski nalazi: Hb  Kreatinin  K+  ŠUK

#### Potvrda - obavijest o način plaćanja troškova hemodijalize:

- UPUTNICA (kopija), domicilnog centra za dijalizu, za liječenje u Poliklinici REDIAL (navesti: osiguranik HZZO, MBOO, trajanje liječenja i broj dijaliza)
- PRIVATNO, izjava o načinu plaćanja (gotovina, garantno pismo)
- EHC

Adresa za vrijeme godišnjeg odmora, tel, E-mail:

### Priložiti / dostaviti - najkasnije 30 dana prije dolaska:

**MEDICINSKI DIJALITIČKI PROTOKOL** - ispunjen od liječnika domicilnog centra za dijalizu.

**LABORATORIJSKI NALAZI (kopija):** krvna slika, biokemijski nalazi, biljezi (markeri)

#### POTVRDA – obavijest o načinu plaćanja troškova hemodijalize:

- UPUTNICA (kopija), domicilne ustanove za liječenje u Poliklinici REDIAL (sa svim podacima).
- PRIVATNO, izjava o načinu plaćanja (gotovina, garantno pismo)
- EHC

**Slijedi: Termin rezervacije ! Molimo potvrditi dolazak !**

**Napomena: Ne radimo HDF !**

**Ne primamo bolesnike sa pozitivnim biljezima.**

**Molimo, ponesti lijekove koje uobičajeno koristite !**

Datum  Potpis \_\_\_\_\_