

**Requested dialysis unit:**

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Haguenau Centre | <input type="checkbox"/> Haguenau UM | <input type="checkbox"/> Colmar UM      |
| <input type="checkbox"/> Saverne Centre  | <input type="checkbox"/> Saverne UM  | <input type="checkbox"/> Mulhouse UM    |
| <input type="checkbox"/> Sainte Anne UM  | <input type="checkbox"/> Bergson UM  | <input type="checkbox"/> Saint Louis UM |

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

**HOLIDAY PATIENT REGISTRATION FORM**

DATE OF DEMAND : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DEADLINE FOR RECEIPT \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*The complete file must be received at least 15 days before admission, otherwise the reservation will be cancelled.*

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

**OBSERVATIONS :**

Mobility :

Vascular acces : AV-fistula CV- catheter?

First request ? yes / no AURAL dialysis Unit requested :

Requested dialysis unit	Téléphone	Fax	Email
Haguenau	03 88 05 01 30	03 88 05 01 39	<a href="mailto:secrdialysehaguenau@aural.asso.fr">secrdialysehaguenau@aural.asso.fr</a>
Saverne	03 88 89 16 75	03 88 89 16 94	<a href="mailto:secrdialysesaverne@aural.asso.fr">secrdialysesaverne@aural.asso.fr</a>
Strasbourg Ste Anne (Robertsau)	03 88 45 37 78	03 88 45 37 79	<a href="mailto:aural.steanne@ghsv.org">aural.steanne@ghsv.org</a>
Strasbourg Bergson (Hautepierre)	03 88 10 22 70	03 88 10 22 79	<a href="mailto:secrdialysebergson@aural.asso.fr">secrdialysebergson@aural.asso.fr</a>
Colmar	03 89 22 90 40	03 89 22 90 59	<a href="mailto:secrdialysecolmar@aural.asso.fr">secrdialysecolmar@aural.asso.fr</a>
Mulhouse	03 89 31 48 80	03 89 31 48 95	<a href="mailto:secrdialysemulhouse@aural.asso.fr">secrdialysemulhouse@aural.asso.fr</a>
Saint Louis	03 89 91 40 00	03 89 31 48 95	<a href="mailto:secrdialysestlouis@aural.asso.fr">secrdialysestlouis@aural.asso.fr</a>

**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 ...../...../.....
--	---