

## Aanmelding caravans en bungalows buitenland 2010



**Nierstichting Nederland**

**Afdeling Reizen**

Postbus 2020, 1400 DA Bussum  
Telefoon (035) 697 80 80  
Fax (035) 697 80 85

**Ondergetekende,**

Achternaam en voorletters (zoals in paspoort):

Man  Vrouw

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon:

Mobiel tel. nr:

Geboortedatum:

E-mail:

Dialyseert in ziekenhuis:

vanaf:

Hemodialyseert thuis vanuit centrum:

vanaf:

CAPD / CCPD vanuit centrum:

vanaf:

Getransplanteerd in ziekenhuis:

datum:

Pré-dialysepatiënt in ziekenhuis:

vanaf:

**Meldt zich aan voor:**

**Duitsland / Gerolstein:** 4/6-persoons bungalow. Verhuur van zaterdag tot zaterdag.  
Het gehele jaar beschikbaar.

**Frankrijk / Port Grimaud:** 6-persoons caravan. Verhuur van zondag tot zondag.  
Beschikbaar van 28 maart t/m 10 oktober.

**Spanje / Torremolinos:** 2-persoons bungalow. Verhuur van zondag tot zondag.  
Het gehele jaar beschikbaar voor hemodialysepatiënten.

**Gewenste periode:**

1<sup>e</sup> keus van: t/m 2010

2<sup>e</sup> keus van: t/m 2010

Hij / zij wordt vergezeld door: (achternaam en voorletters zoals in paspoort)

Naam: Geb.datum:  Man  Vrouw

Naam: Geb.datum:  Man  Vrouw

Naam: Geb.datum:  Man  Vrouw

Naam: Geb.datum:  Man  Vrouw

Naam: Geb.datum:  Man  Vrouw

Hij / zij wenst dat Nierstichting-Reizen de vliegreis naar de bestemming v.v. boekt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hij / zij wil dat de Nierstichting de annuleringsverzekering afsluit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hij / zij sluit zelf een annuleringsverzekering af	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hij / zij wenst een reis-/bagage- en ongevallenverzekering	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hij / zij heeft ter plaatse een rolstoel nodig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Naam zorgverzekeraar patiënt + polisnummer

---

**In noodgevallen dient in Nederland contact te worden opgenomen met:**

Naam:  Man  Vrouw

Relatie:

Adres: Telefoon:

Postcode en woonplaats:

---

**Doktersverklaring:**

Ondergetekende,

behandelend arts van de aan ommezijde genoemde patiënt, verklaart hierbij geen bezwaar te hebben dat hij / zij naar het buitenland gaat.

De hemodialyse-patiënt is  hepatitis-B negatief  hepatitis-B positief

De PD-patiënt betreft zijn / haar vloeistof van leverancier:

De PD-patiënt wordt behandeld met homechoice  Ja  Nee

Datum:

Handtekening arts:

---

**Hemodialyse-gegevens:**

Hij / zij dialyseert in eigen centrum/thuis: x uur per week

Dialysedagen:

---

**Belangrijk voor hemodialysepatiënten**

Uw zorgverzekeraar dient schriftelijk akkoord te gaan met de dialysebehandeling in het buitenland. Met het afgeven van een garantieverklaring gaat de verzekeraar akkoord dat te zijner tijd de dialysebehandelingskosten bij hen in rekening kunnen worden gebracht. Na bevestiging van uw deelname aan een reis dient u de garantieverklaring bij uw zorgverzekeraar aan te vragen en na ontvangst door te sturen naar de Afdeling Reizen van de Nierstichting.

Dit aanmeldingsformulier dient zo spoedig mogelijk te worden verzonden naar:  
**Nierstichting Nederland, Afdeling Reizen, Postbus 2020, 1400 DA Bussum**

Voor inschrijvingsvoorwaarden en algemene reisinformatie verwijzen wij u naar de Vakantiegids 2010.

**Eventuele opmerkingen en/of aanvullingen:**

---



---



---

Datum:

Handtekening:

---