

MACHTIGING EN RECEPT

Bereide Flolan[®] met infuuspompen en hulpmiddelen

- 1e aanvraag voor thuistoediening. *Gewenste leverdatum* _____
- Verlenging/wijziging medicatie. *Nieuwe dosering/verlenging geldt vanaf datum* _____

1**PATIËNT** (of gebruik patiëntensticker)

Naam _____ Voorletters _____ M V

Adres _____ Geboortedatum _____

PC en plaats _____ BSN _____

Telefoon _____ Zorgverzekeraar _____

Mobiel _____ Polisnummer _____

E-mail _____

Naam eigen apotheek _____ Plaats eigen apotheek _____

Telefoonnummer patiënt of contactpersoon _____
(overdag bereikbaar voor maken van afspraak levering)

Afwijkend afleveradres _____

Altijd Alleen de 1e levering

2**RECEPT**

Startdatum _____

Dosering _____ µg/per 100 ml cassette

Lichaamsgewicht _____ kg

Overig PAH geneesmiddelen gebruik, nl: _____

Cassettes meegegeven vanuit het ziekenhuis. Aantal _____

Gewenste 1e leverdatum bereide Flolan[®] cassettes door Mediq _____

3**INFUUSPOMP EN STARTPAKKET**

- Ik vraag de infuuspomp en het startpakket aan op naam van de patiënt.
Na beëindiging wordt de pomp opgehaald bij de patiënt.

Toediening medicatie via cassette

Toedieningsvorm PICC PAC CVC

Infuuspomp 2x Cadd One (bij continue met cassette)

Startpakket 2002661 INF SP PH IV CVC CASSET CADD ONE EPOPR NL
 2002660 INF SP PH IV PAC CASSET CADD ONE EPOPR NL
 2002577 INF SP PH IV PICC CASSET CADD ONE EPOPR NL

Bestaat de kans dat de infuuspomp wordt ingezet in de buurt van iemand met chemotherapie of resistente bacteriën zoals MRSA? Ja Nee



Ga verder op de achterzijde van dit formulier.



Vervolg van recept- en machtigingsformulier bereide Flolan® met infuuspompen en hulpmiddelen.



4 GEGEVENS ZORGVERLENER/THUISZORG

Naam instelling _____ Telefoon _____
Naam contactpersoon _____ E-mail _____



5 ARTSENVERKLARING

- Ondergetekende is een medisch specialist handelend vanuit een multidisciplinair samenwerkingsverband PAH én verbonden aan een Universitair Medisch Centrum of het Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein, die Epoprostenol voorschrijft aan deze verzekerde.
- Patiënt heeft Pulmonale Arteriële Hypertensie.
- Patiënt heeft NYHA-klasse IV of NYHA-klasse III en heeft onvoldoende baat bij duo-therapie met endotheline-receptor antagonist en PDE5-remmer/soluble guanylate cyclase stimulator

Indien een van bovenstaande vragen met nee wordt beantwoord zal de medicatie niet worden vergoed en kan Mediq alleen leveren indien het ziekenhuis de betalende partij is.

In dit geval verzoeken wij u hier een kostenplaatsnummer/orderinkoopnummer te vermelden.

Kostenplaats/orderinkoopnummer: _____



6 PERSOONSgegevens VAN DE PATIËNT

De patiënt wil gebruik maken van de service van Mediq inclusief de bereiding van de medicatie door Brocacef Ziekenhuisfarmacie. Mediq verzorgt de levering bij de patiënt. De patiënt is op de hoogte gebracht door de voorschrijver dat Mediq de benodigde informatie betreffende medische gegevens aan de betrokken zorgverlener(s) verstrekt.

- Ja**, de patiënt geeft toestemming aan Brocacef Ziekenhuisfarmacie om zijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' is aangegeven. Deze folder is te vinden op <https://www.volgjezorg.nl/> of bel met 0800-0221858.



7 GEGEVENS VOORSCHRIJVER

Naam voorschrijver _____ Telefoon _____
Naam instelling _____
Specialisme _____
AGB-code _____
Datum _____ Handtekening _____

Dit formulier kunt u per email opsturen naar infuustherapie@mediq.com of per fax naar 030 282 12 08. Aanvragen moeten ondertekend worden door de voorschrijver.