

AANVRAAGFORMULIER MACHTING VANUIT THUISZORG

Infuus pomp en hulpmiddelen

Let op, gebruik dit formulier alleen als u vanuit de thuiszorg de aanvraag voor infuus pomp doet

1**GEGEVENS VOORSCHRIJVER**

Naam voorschrijver _____ Naam Instelling _____
Specialisme _____ Telefoon _____
AGB-code _____
Datum _____ Handtekening* _____

*Ga naar punt 8 voor ondertekening door thuiszorgverpleegkundige.

2**PATIËNT** (of gebruik een sticker met patiëntgegevens)

Naam _____ Voorletters _____ M V
Geboortedatum _____ BSN _____
Adres _____ PC en plaats _____
Telefoon _____ E-mail _____
Naam contactpersoon _____ Telefoon contactpersoon _____
Zorgverzekeraar _____ Polisnummer _____
Heeft de patiënt een WLZ-indicatie? ja nee

3**WOONSITUATIE PATIËNT**

Patiënt woont thuis (zie bovenstaand) Patiënt verblijft in een instelling
Naam instelling _____
Adres _____
PC en plaats _____
Telefoon instelling _____

4**AFLEVERADRES**

Thuis Instelling (zie gegevens instelling) Anders:
Adres _____
PC en plaats _____

5**REKENING VERSTUREN NAAR:**

Zorgverzekeraar Instelling (bijv. ziekenhuis, verzorgingstehuis) Ik weet het niet
Inkoopnummer _____
Naam tekenbevoegde _____
E-mail _____
Telefoon _____

6**MEDISCHE INDICATIE**

Diagnose _____
Medicatie _____ Dosering _____
Toedieningswijze subcutaan
 perifere centraal poort anders, nl _____
 epiduraal/ spinaal

Bestaat de kans dat de infuus pomp 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 aanvraagformulier machtiging infuustherapie vanuit thuiszorg**Faxt u dit formulier, vul dan nogmaals de patiëntgegevens in bij stap 10***BENODIGDE INFUUSMATERIALEN**Intermediair cassette/cartridge spuit zak

Gewenste pomp _____

Tas ja neeStartpakket ja neePompinstructie gewenst voor: patiënt mantelzorger zorgverlener

Opmerkingen _____

Gewenste leverdatum _____

**GEGEVENS ZORGVERLENER/THUISZORG**

Naam thuiszorg _____

Wijze van opdracht:

Naam verpleegkundige _____

 Digitaal (voeg UV bij)

BIGnummer _____

 Schriftelijk (voeg UV bij)

Klantnummer _____

 Mondeling, ontvangen op datum:

E-mail _____

Fax _____

Telefoon _____

Datum _____

Handtekening thuiszorg verpleegkundige _____

**INFUUSPOMP** Ik bestel de infuuspomp op naam van de patiënt. Na beëindiging wordt de pomp opgehaald op het huisadres van de patiënt. Ik zet een infuuspomp uit consignatie in.

Type pomp _____

Serienummer pomp _____

Startdatum therapie _____

Uw situatie Ik ben consignatiehouder (depot). Ik ben consignatiehouder en reinig de pomp zelf na gebruik (RCC). Ik ben geen consignatiehouder. Ik leen een infuuspomp bij het regionaal depot:

Naam depot _____

Plaats _____

Voorraad Stuur z.s.m. een nieuwe infuuspomp ter bevoorrading van het consignatiedepot. Er hoeft geen nieuwe infuuspomp geleverd te worden. Ik breng de pomp zelf terug naar het depot (alleen bij optie RCC/regionaal depot).*Faxt u dit formulier, vul dan nogmaals de patiëntgegevens in. Anders kunt u stap 10 overslaan.***PATIËNT** (of gebruik patiëntensticker)

Naam _____

Voorletters _____

 M V

BSN _____

Aanvraag machtigingen moeten altijd ondertekend worden door een daartoe bevoegd persoon. Dit formulier kunt u per e-mail opsturen naar infuusdepots@mediq.com of per fax naar 030 282 12 08. Wij verzoeken u de ondertekende aanvraag uiterlijk binnen 7 dagen aan ons toe te sturen. Het aanleveren van een kopie van het bijbehorende en geldige uitvoeringsverzoek, met verwijzing naar de desbetreffende patiënt, is tevens afdoende. Mocht bij 5 facturatie gekozen zijn voor zorgverzekeraar en in de toekomst met terugwerkende kracht worden vastgesteld dat de geleverde producten en diensten niet onder de zorgverzekeringswet vallen, maar onder de wet langdurige zorg, dan behoudt Mediq zich het recht om de diensten alsnog in rekening te brengen bij de betreffende zorginstelling voor de periode dat de patiënt in de instelling verbleef en aanvaardt de instelling de plicht om deze te betalen in voorkomend geval.

