

AANVRAAGFORMULIER

Infuustherapie in de thuissituatie Ziekenhuis Verplaatste Zorg (ZVZ)

1**GEGEVENS PATIËNT** (of gebruik een sticker met patiëntgegevens)

Naam _____ Voorletters _____ M V
Adres _____ PC en plaats _____
Geboortedatum _____ BSN _____
Telefoon _____

2**TOEDIENINGSCHEMA PATIËNT**

Medicatie die moeten worden toegediend: _____

Startdatum machtiging: _____ Einddatum machtiging:* _____

*Indien de machtiging moet worden verlengd, kunt u een nieuw aanvraagformulier invullen.

Frequentie toediening(en):

____ x per week

____ x per maand

____ x per kwartaal

____ x per jaar

anders, nl: _____

Voorkeursdag(en) toediening(en):

 maandag dinsdag woensdag donderdag vrijdag**3****INFUUSPOMP** Ik bestel de infuuspomp op naam van de patiënt. Na beëindiging wordt de pomp opgehaald op het huisadres van de patiënt.

Type pomp* _____

 Ik zet een infuuspomp uit consignatie in vanuit het ziekenhuisdepot.

Type pomp* _____ Serienummer pomp _____

 Ik vraag een infuuspomp aan bij de thuiszorgorganisatie.

Naam thuiszorgorganisatie** _____ Plaats _____

Type pomp* _____ Serienummer pomp _____

* Bij aanvraag Asena GW infuuspomp, wordt de infuuspomp door de verpleegkundige meegenomen en blijft de infuuspomp niet achter bij de patiënt.

**gelieve contact op te nemen met de thuiszorg om navraag te doen welk type infuuspomp en serienummer gaat worden ingezet.
Zonder deze gegevens kunnen wij de aanvraag niet in behandeling nemen.

Te leveren materialen volgens afspraak:



Ga verder op de achterzijde van dit formulier.



Vervolg van aanvraagformulier ziekenhuis verplaatste zorg (ZVZ)

**BIJZONDERHEDEN****AFLEVERADRES (INDIEN DE INFUUSPOMP NIET UIT CONSIGNATIE OF THUISZORG WORDT GELEVERD)** Bij de patiënt thuis (zie adresgegevens hierboven) Anders nl.:

Adres _____

PC en plaats _____

Telefoonnummer _____

**REKENING VERSTUREN NAAR:**

Instelling/ziekenhuis _____

Naam tekenbevoegde _____

Afdeling _____

E-mail _____

Kostenplaatsnummer* _____

Telefoon _____

Opmerkingen

**Indien er geen kostenplaatsnummer is ingevuld kunnen wij de aanvraag niet in behandeling nemen.*

**GEGEVENS AANVRAGER***

Naam instelling _____

Afdeling _____

Naam aanvrager _____

Telefoon _____

Specialisme _____

AGB-code _____

Datum _____

Handtekening aanvrager _____

**Indien de gegevens van de aanvrager niet volledig zijn ingevuld, kunnen wij de aanvraag niet in behandeling nemen.*