

**AANVRAAGFORMULIER MACHTING**

## Infuus pomp en hulpmiddelen

**1****GEGEVENS VOORSCHRIJVER**

Naam voorschrijver \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_  
Naam Instelling \_\_\_\_\_  
Specialisme \_\_\_\_\_  
AGB-code \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_

**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**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 instelling \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

Naam contactpersoon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Klantnummer \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Handtekening contactpersoon \_\_\_\_\_

**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@mediqtefa.nl](mailto:infuusdepots@mediqtefa.nl) 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 Tefa 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.

