

Toebehoren bij preventieve PEG plaatsing

Naam	_____	<input type="radio"/> M / <input type="radio"/> V
Adres	_____	Zorgverzekeraar _____
PC en Plaats	_____	Polisnummer _____
Telefoon	_____	BSN _____
Mobiel	_____	
E-mail	_____	Ander afleveradres
Geboortedatum	_____	Adres _____
		PC en Plaats _____

TOEDIENING

op termijn voeding vocht* medicatie* maagheveling* galteruggave* anders, namelijk _____

* Voor deze toepassing is een uitgebreide medische verklaring nodig die beoordeeld zal worden door de zorgverzekeraar alvorens er medische hulpmiddelen geleverd kunnen worden.

SOORT POMP / SOORT TOEDIENING

- Voedingspomp
- Geen voorkeur Flocare Infinity Amika Kangaroo Joey Proneo
- Bolustoediening
- Zwaartekrachttoediening
- Anders, namelijk _____

SONDES

- Neus-maag sonde Maat (CH) _____ Lengte _____
- PVC (tot 1 week) PUR (tot 6 weken) Siliconen (tot 3 maanden)
- Gastrostomiecatheter _____ Maat(CH) _____ Med. poort Ja / Nee
- Button _____ Maat(CH) _____ Lengte _____
- Anders, namelijk _____
- Aansluiting ENlock Luer-lock Cathetertip Nutrisafe 2 Cair
- Reservesonde meesturen? Ja Nee

LEVERING EN INSTRUCTIE

- Ingangsdatum _____
- Levering met instructie gewenst?
- Ja, afspreken met Naam _____ Nee
- Afdeling _____ Nee
- Telefoon _____ Nee
- Gewenste locatie Thuis Ziekenhuis Thuiszorg ingeschakeld Ja Nee
- Verwachte ontslagdatum _____ Thuiszorgorg. _____
- Leverdatum _____ Telefoon _____
- Duur 1 mnd 2 mnd 3 mnd 6 mnd 12 mnd oneindig

BESTEMD VOOR CONSIGNATIEHOUDERS

- Voedingspomp Serienummer _____ Startdatum _____
- Gastrostomiepakket Pakketnummer _____

MEDISCHE INDICATIE (Om uw cliënt zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn, willen wij u hier verzoeken de diagnose te vermelden)

OPMERKINGEN

Instelling _____ Datum _____

Functie/afdeling _____ Handtekening _____

Voorschrijver _____

ABG-code _____

BIG-nr. _____