

Machtigingsaanvraag + uitvoeringsverzoek

Ondergetekende arts verzoekt machtiging en uitvoeringsverzoek ten behoeve van:

Geboortenaam + voorletter(s): _____ Adres: _____
 Geboortedatum: _____ Postcode: _____
 Huidige verblijfplaats patiënt: _____ Plaats: _____
 Gewenste correspondentienaam: _____ Soort huishouden: _____
 Telefonie: _____ BSN nummer: _____
 Ziektekostenverzekering: _____ Polisnummer: _____
 Identificatiebewijs: + nr. _____ Burgerlijke staat: _____
 Geboortenaam + voorletter(s) partner: _____ Geboortedatum partner: _____

Algemene en medische gegevens:

Naam specialist/huisarts: _____ Telefoonnummer: _____
 Apotheek: _____ Telefoonnummer: _____

Medische diagnose:

Indicatie/uit te voeren handeling: _____
 Frequentie: _____
 Betreft het hier palliatieve terminale zorg: ja nee

Voeding enteraal

Sonde: Neus/maagsonde, ch _____, type _____ Gastrotube, ch _____, type _____
 Mickey button, ch _____, type _____ Wissel à _____ weken

Voeding parenteraal

Centrale veneuze catheter Anders: _____

Catheteriseren

Suprapub cath. Ballon cath. ch _____ Wissel à _____ weken

Type pomp:

Draagbaar Stationair Continue Continue + bolusmogelijkheid
 Vacuümpomp, mmHg _____, wissel _____ per week (wondzorg is overdracht gewenst)
 Easypump

Toedieningswijze:

Spinaal/epiduraal Port à cath Centraal veneuze catheter
 Subcutane infusie/injectie Midline catheter Perifere venflon
 Anders: _____

Medicatie concentratie:

Eventueel patiëntgebonden complicaties / bijwerkingen: _____
 Opmerkingen: _____

Pompsnelheid _____ per uur
 Toedieningsvorm Continue; Extra bolustoediening: ja nee
 Hoe vaak per 24 uur: _____ keer
 Hoeveelheid per keer: _____ ml

Datum aanvang: _____
 Datum aanvraag behandeling: _____ Einddatum behandeling: _____
 Fax: 088 708 44 98 Telefoonnummer: 088 708 36 69
 mth@thoeztwente.nl

Naam aanvrager(arts): _____ Telefoonnummer: _____
 AGB code huisarts: _____

Handtekening arts: _____ (aanvraag wordt slechts in behandeling genomen indien door arts zelf ondertekent)