

RECEPTFORMULIER
TPV
1
GEGEVENS PATIËNT

Naam _____ Voorletters _____ M V
 Geboortedatum _____ BSN _____
 Adres _____ PC en plaats _____
 Telefoon _____ E-mail _____
 Naam contactpersoon _____ Telefoon contactpersoon _____
 Zorgverzekeraar _____ Polisnummer _____
 Naam apotheek _____ Plaats apotheek _____
 Afleveradres thuis (zie boven) _____ Adres _____
 Anders (zie hiernaast) _____ PC en plaats _____

2
GEGEVENS VOORSCHRIJVER

Naam voorschrijver _____ Specialisme _____
 Ziekenhuis _____ Telefoon _____
 PC en plaats _____ E-mail _____
 Datum _____ Handtekening _____

3
RECEPT

Diagnose _____
 bereid onbereid
 1e aanvraag voor thuistoediening. *Gewenste leverdatum* _____
 Verlenging/wijziging medicatie. *Nieuwe dosering/verlenging geldt vanaf datum* _____
 Frequentie _____ keer per week Dag van toediening: ma di wo do vrij za zo

4
PARENTERALE VOEDING

Artikel	Hoeveelheid	Artikel	Hoeveelheid
<input type="checkbox"/> Aminomix 1 Novum	1.000 ml	<input type="checkbox"/> Nutriflex plus 48/150 Twin *	2.000 ml
<input type="checkbox"/> Aminomix 1 Novum	1.500 ml	<input type="checkbox"/> Nutriflex special 70/240*	1.500 ml
<input type="checkbox"/> Aminomix 1 Novum	2.000 ml	<input type="checkbox"/> Olimel N4E	2.000 ml
<input type="checkbox"/> Clinimix N14G30	2.000 ml	<input type="checkbox"/> Olimel N4E*	2.500 ml
<input type="checkbox"/> Clinimix N14G30E	2.000 ml	<input type="checkbox"/> Olimel N5E	2.000 ml
<input type="checkbox"/> Clinimix N17G35E	2.000 ml	<input type="checkbox"/> Olimel N7E	1.000 ml
<input type="checkbox"/> Kabiven centraal*	1.026 ml	<input type="checkbox"/> Olimel N7E	1.500 ml
<input type="checkbox"/> Kabiven centraal*	2.053 ml	<input type="checkbox"/> Olimel N7E	2.000 ml
<input type="checkbox"/> Kabiven perifeer*	2.400 ml	<input type="checkbox"/> Olimel N9	2.000 ml
<input type="checkbox"/> Numeta G16%E*	500 ml	<input type="checkbox"/> Olimel N9E	1.000 ml
<input type="checkbox"/> Numeta G16%E*	1.000 ml	<input type="checkbox"/> Olimel N9E	1.500 ml
<input type="checkbox"/> Nutriflex lipid perifeer*	1.875 ml	<input type="checkbox"/> Olimel N9E	2.000 ml
<input type="checkbox"/> Nutriflex lipid perifeer*	2.500 ml	<input type="checkbox"/> Smofkabiven	986 ml
<input type="checkbox"/> Nutriflex lipid plus*	1.875 ml	<input type="checkbox"/> Smofkabiven	1.477 ml
<input type="checkbox"/> Nutriflex lipid plus	2.500 ml	<input type="checkbox"/> Smofkabiven	1.970 ml
<input type="checkbox"/> Nutriflex lipid special	6.25 ml	<input type="checkbox"/> Smofkabiven	2.463 ml
<input type="checkbox"/> Nutriflex lipid special	1.250 ml	<input type="checkbox"/> SmofKabiven Extra Amino	1.012 ml
<input type="checkbox"/> Nutriflex lipid special	1.875 ml	<input type="checkbox"/> SmofKabiven Extra Amino	1.518 ml
<input type="checkbox"/> Nutriflex omega plus*	1.875 ml	<input type="checkbox"/> SmofKabiven Extra Amino	2.025 ml
<input type="checkbox"/> Nutriflex omega plus*	2.500 ml	<input type="checkbox"/> Smofkabiven EF*	1.000 ml
<input type="checkbox"/> Nutriflex omega special	1.250 ml	<input type="checkbox"/> Smofkabiven EF*	1.500 ml
<input type="checkbox"/> Nutriflex omega special*	1.875 ml	<input type="checkbox"/> Smofkabiven EF*	2.000 ml

Opmerkingen



Ga verder op de achterzijde van dit formulier

5

TOEVOEGINGEN

Artikel	Hoeveelheid	Aantal per dag	Afwijkende hoeveelheid	Opmerking
<input type="checkbox"/> Calciumgluconaat 10%	ampul 10 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cernevit	flacon 5 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ClinOleic 20%*	zak 250 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dipeptiven	glas 100 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Glycophos	flacon 20 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> KCL infuusconcentraat 14,9%	ampul 10 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Magnesiumsulfaat	ampul 10 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NaCl 10%*	ampul 10 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nutritrace	flacon 10 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nutryelt	ampul 10 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Omegaven	fles 100 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Peditrace	flacon 10 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Selenium Aguettant	flacon 10 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Smoflipid*	glas 250 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Soluvit N infusiepoeder	flacon 10 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Supliven	ampul 10 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Vitintra adult	ampul 10 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Vitintra infant	ampul 10 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Zink Aguettant	flacon 10 ml	_____	_____	_____

6

LIJNAFLUITERS

Artikel	Hoeveelheid	Aantal per dag	Afwijkende hoeveelheid	Opmerking
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%	ampul 10 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NaCl 10% *	ampul 10 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Taurolock classic*	ampul 10 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Taurosept 2%	flacon 6 ml	_____	_____	_____

7

INFUUSVLOEISTOFFEN

Frequentie _____ keer per week

 toevoegen aan TPV los meeleveren

Artikel	Hoeveelheid	Aantal per dag	Afwijkende hoeveelheid	Opmerking
<input type="checkbox"/> Glucose 5%	zak 500 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Glucose 5%*	zak 1.000 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Glucose 50%*	glas 100 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Glucose/NaCl 2,5/0,45%	zak 500 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Glucose/NaCl 2,5/0,45%	zak 1.000 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NaCl 0,65%	zak 500 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%*	flacon 50 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%	zak 50 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%	flacon 100 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%*	glas 100 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%	zak 100 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%	zak 250 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%	zak 500 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%	zak 1000 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Natriumbicarbonaat 8,4%	fles 100 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Natriumbicarbonaat 4,2%	glas 100 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Natriumbicarbonaat 1,4%	glas 100 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ringerlactaat	zak 500 ml	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ringerlactaat	zak 1.000 ml	_____	_____	_____

8

TOESTEMMINGSVERKLARING

- Ja, ik wil gebruik maken van de service van Mediq Tefa en ga akkoord met levering van medicatie uitgevoerd door de in dit formulier genoemde zorgverleners en Mediq Pharma Services. Ik ga ermee akkoord dat Mediq Tefa de benodigde informatie betreffende medische gegevens aan de bovengenoemde zorgverleners verstrekt.
- Ja, ik geef toestemming aan de in dit formulier genoemde zorgverleners om mijn medicatiegegevens bij mijn huisapotheek op te vragen en deze gegevens vast te leggen in hun digitale systeem. Deze gegevens worden uitsluitend gebruikt voor het bewaken van mijn medicijngebruik. Ik mag de gegevens inzien, net als de hierboven genoemde apotheken en mijn behandelend artsen. De declaraties mogen worden gestuurd naar mijn zorgverzekeraar. Het is niet toegestaan de gegevens zonder mijn uitdrukkelijke toestemming te delen met anderen dan de hiergenoemde personen en instanties. Ik verzoek mijn huisapotheek mijn medicijngegevens aan de hierboven genoemde apotheken te verstrekken.
Verdere informatie kunt u nalezen in de brochure 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'. Deze folder is te vinden op <https://www.volgzorg.nl/> of bel met 0800-0221858.
- Ja, ik geef toestemming aan de in dit formulier genoemde zorgverleners om mijn medicatiegegevens met mijn huisapotheek te delen en deze gegevens vast te leggen in hun digitale systeem. Deze gegevens worden uitsluitend gebruikt voor het bewaken van mijn medicijngebruik. Verdere informatie kunt u nalezen in de brochure 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'. Deze folder is te vinden op <https://www.volgzorg.nl/> of bel met 0800-0221858.