

ANFRAGEFORMULAR

Infusionspumpe mit Hilfsmitteln

1 PERSÖNLICHE DATEN DES AUFTRAGGEBERS

Auf der Anfrage muss vermerkt sein wer der Auftraggeber ist. Um eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse zu gewährleisten, muss der Auftraggeber ein Arzt sein.

Name des Auftraggebers _____ Telefon _____
Facharzt _____
AGB-code _____
Datum _____ Unterschrift _____

2 PATIËNT Dies kann auch ein Patienten Daten Aufkleber sein

Nachname _____ Anfangsbuchstaben _____ M W
Geburtsdatum _____ BSN _____
Adresse _____ Postleitzahl, Ort _____
Telefon _____ E-mail _____
Name der Kontaktperson _____ Telefon der Kontaktperson _____
Name der Krankenkasse _____ Nummer der Krankenkasse _____

3 WOHSITUATION DES PATIENTEN

Zeitweilige Adresse

Falls der Patient zeitweilig eine andere Adresse besitzt und die Hilfsmittel an diese Adresse geschickt werden sollen, füllen Sie bitte dieses Feld aus.

Patient lebt in einer Pflegeeinrichtung

Name Pflegeeinrichtung _____
Adresse _____
Postleitzahl, Ort _____
Telefon Pflegeeinrichtung _____
Zeitweilige Adresse _____

4 LIEFERADRESSE

Lieferadresse Pflegeeinrichtung

Falls die Lieferadresse anders ist, bitte dieses Feld ausfüllen

Adresse _____
Postleitzahl, Ort _____

5 RECHNUNG SENDEN AN

Krankenkasse

Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung

Ich weiß es nicht

Kaufnummer _____
Zeichen autorisiert _____
E-mail _____
Telefon _____

Weiter auf der Rückseite dieses Formulars.



Fortsetzung des Antragsformulars für die Infusionspumpe mit Hilfsmitteln auf der nächste Seite
Faxen Sie dieses Formular, füllen Sie die Patientendaten erneut bei Schritt 10 aus

6**MEDIZINISCHE DIAGNOSE**

Diagnose _____

Medizinische _____ Dosierung _____

Zugangsweg Subkutan Intravenoes Centraal- Port-Hickmann Anders: _____ Epiduraal/Spinal

Besteht die Möglichkeit das die Infusionspumpe in der Nähe einer Chemotherapie oder Resistenten Bakterien
(z.B:MRSA) eingesetzt wird Ja Nein

7**BENÖTIGTE HILFSMITTEL**Intermediar Kasette Infusionsbeutel

Gewünschte Pumpe _____

Tasche Ja NeinStartpaket liefern: JaEinweisung zur Pumpe gewünscht Ja Nein**8****DATEN PFLEGEDIENST / HELFER**

Wenn nötig stimmt sich Mediq Tefa mit dem Pflegedienst über die Lieferung ab

Daten Pflegedienst / Helfer _____ Telefon _____

Name der Kontaktperson _____ Fax _____

Name des Pflegedienstes _____ E-mail _____

Datum _____

9**INFUSIONSPUMPE** Ich bestelle die Pumpe auf den Namen des Patienten. Nach Beendigung der Therapie wird die Pumpe bei dem Patienten abgeholt**10**

Nur ausfüllen wenn das Formular Gefaxt wird

DATEN PATIENTNachname _____ Anfangsbuchstaben _____ M W

BSN _____

Aanvraag machtigingen moeten altijd ondertekend worden door een daartoe bevoegd persoon. Dit formulier kunt u per e-mail opsturen naar 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.