

AANVRAAGFORMULIER

Infuuspomp, hulpmiddelen en bereide palliatieve medicatiecassettes

1

GEGEVENS PATIËNT (of gebruik een sticker met patiëntgegevens)

Naam _____ Voorletters _____ M V
 Adres _____ PC en plaats _____
 Geboortedatum _____ BSN _____
 Telefoon _____ Zorgverzekeraar _____

Heeft de patiënt een WLZ-indicatie? ja nee

Indien ja, stuur rekening naar: Instelling _____ Inkoopnummer _____
 E-mail _____ Telefoon _____
 Naam tekenbevoegde _____

2

MEDISCHE INDICATIE

Diagnose _____
 Medicatie morfine dormicum overig, namelijk _____

Het recept en/of uitvoeringsverzoek van de voorschrijver wordt opgestuurd.

of

Dit aanvraagformulier wordt ondertekend door de voorschrijver. Zie punt 4 voor handtekening.

3

BEREIDE PALLIATIEVE MEDICATIECASSETTES OP PATIENTNAAM DOOR BEREIDINGSAPOTHEEK

Levering van bereide Morfine in cassette(s) op patientnaam door de bereidingsapothek
 (volg stappenplan hieronder). **Let op:** neem altijd eerst telefonisch contact op met de bereidingsapothek
 via **085 9023880** tijdens kantooruren of **06 227 384 20** buiten kantooruren.

Levering van bereide Dormicum in cassette(s) op patientnaam door de bereidingsapothek
 (volg stappenplan hieronder). **Let op:** neem altijd eerst telefonisch contact op met de bereidingsapothek
 via **085 902 3880** tijdens kantooruren of **06 227 384 20** buiten kantooruren.



Let op: stuur altijd het originele, niet handgeschreven recept naar de bereidingsapothek: Direct apotheek Binnenstad,

Antwoordnummer 91, 4700 VB Roosendaal



Ga verder op de achterzijde van dit formulier

**4****INFUUSPOMP**

Ik vraag de infuuspomp aan op naam van de patiënt. De infuuspomp wordt met de bereide medicatiecassettes en het startpakket aan de patiënt geleverd via onze bereidingsapotheek.

Na beëindiging wordt de pomp opgehaald bij de patient.

Toediening medicatie via cassette

Toedieningsvorm subcutaan epiduraal

Infuuspomp Cadd Legacy PCA Cadd Solis Vip

Startdatum therapie _____ Serienummer infuuspomp* _____

Tweede infuuspomp ja nee

Infuuspomp Cadd Legacy PCA Cadd Solis Vip

Startdatum therapie _____ Serienummer infuuspomp* _____

** In te vullen door de bereidingsapotheek.*

Startpakket subcutaan 2002452 - INF SP PS SUBC **CASSET CADD SOLIS/PCA**

Startpakket epiduraal 2001938 - SP INF PS EPID **CASSET CADD SOLIS/PCA**

Bestaat de kans dat de infuuspomp wordt ingezet in de buurt van iemand met chemotherapie of resistente bacteriën zoals MRSA? ja nee

5**GEGEVENS ZORGVERLENER/THUISZORG**

Naam instelling _____ Telefoon _____

Naam contactpersoon _____ E-mail _____

6**GEGEVENS VOORSCHRIJVER**

Naam voorschrijver _____ Telefoon _____

Naam Instelling _____

Specialisme _____

AGB-code _____

Datum _____ Handtekening voorschrijver _____

7**TOESTEMMINGSVERKLARING**

Ja, de patiënt wilt gebruik maken van de service van Mediq Tefa en gaat akkoord met levering van medicatie uitgevoerd door bovenstaande zorgverlener(s). De patiënt gaat ermee akkoord dat Mediq Tefa de benodigde informatie betreffende medische gegevens aan de betrokken zorgverlener(s) verstrekt.

Ja, de patiënt geeft toestemming aan de betrokken zorgverlener(s) om zijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' is aangegeven. Deze folder is te vinden op <https://www.volgjezorg.nl/> of bel met 0800-0221858

Nee, de patiënt geeft geen toestemming aan de betrokken zorgverlener(s) om zijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' is aangegeven.

Dit formulier kunt u per e-mail opsturen naar infuusdepots@mediqtefa.nl of per fax naar 030 282 12 03. Aanvragen moeten ondertekend worden door de voorschrijver óf begeleid worden door recept en/of uitvoeringsverzoek van de voorschrijver. Wij verzoeken u de documentatie uiterlijk binnen 7 dagen aan ons toe te sturen.