

**AANVRAAG- EN RECEPTFORMULIER**

## TPV en infuuspomp/hulpmiddelen

**1****GEGEVENS PATIËNT** (of gebruik een sticker met patiëntgegevens)

Naam	Voorletters	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum	BSN	
Adres	PC en plaats	
Telefoon	E-mail	
Naam contactpersoon	Telefoon contactpersoon	
Zorgverzekeraar	Polisnummer	
Naam apotheek	Naam apotheek	
<input type="checkbox"/> Afleveradres thuis (zie boven)	Adres	
<input type="checkbox"/> Anders (zie hiernaast)	PC en plaats	

**2****GEGEVENS VOORSCHRIJVER**

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

**3****REKENING/OFFERTE VERSTUREN NAAR:**

Naam instelling (bijv. ziekenhuis, verzorgingstehuis)	
Naam tekenbevoegde	inkoopnummer/kostenplaatsnummer
E-mail	Telefoon

**4****MEDISCHE INDICATIE / RECEPT**

Diagnose: \_\_\_\_\_

Medicatie: TPV  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

Toedieningswijze:  kortdurend (<1 jaar)  chronisch (>1 jaar)

Toedieningswijze:  CVC  PAC  PICC  Shunt

Toediening van vocht of andere infuusvloeistoffen via  2-weg adapter spike  2e infuuspomp



Ga verder op de achterzijde van dit formulier.



Vervolg van aanvraag- en receptformulier TPV recept en infuuspomp/hulpmiddelen

**5****PARENTERALE VOEDING**

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

Opmerkingen:

---



---

\* Deze producten hebben wij niet standaard op voorraad. Wij nemen contact met u op om aan te geven wanneer u de levering kunt verwachten.

**7****TOEVOEGINGEN**

Artikel	Hoeveelheid	Frequentie	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	_____	_____

\* Deze producten hebben wij niet standaard op voorraad. Wij nemen contact met u op om aan te geven wanneer u de levering kunt verwachten.



Vervolg van aanvraag- en receptformulier TPV recept en infuuspomp/hulpmiddelen

**8****LIJNAFSLUITERS**

Artikel	Hoeveelheid	Frequentie	Opmerking
<input type="checkbox"/> Calciumgluconaat	10% ampul 10 ml	_____	_____
<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	_____	_____

**9****INFUUSVLOEISTOFFEN**

Frequentie \_\_\_\_\_ keer per week

toevoegen aan TPV  los meeleveren

Artikel	Hoeveelheid	Frequentie
<input type="checkbox"/> <b>Glucose 5%</b>	<input type="checkbox"/> Zak 500 ml <input type="checkbox"/> Zak 1000 ml* <input type="checkbox"/> Glas 100 ml	_____
	Opmerking: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Glucose 50%</b>	<input type="checkbox"/> Glas 100 ml*	_____
	Opmerking: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Glucose/NaCl 2,5/0,45%</b>	<input type="checkbox"/> Zak 500 ml <input type="checkbox"/> Zak 1000 ml*	_____
	Opmerking: _____	
<input type="checkbox"/> <b>NaCl 0,65%</b>	<input type="checkbox"/> Zak 500 ml	_____
	Opmerking: _____	
<input type="checkbox"/> <b>NaCl 0,9%</b>	<input type="checkbox"/> Zak 50 ml <input type="checkbox"/> Zak 100 ml <input type="checkbox"/> Zak 250 ml	_____
	<input type="checkbox"/> Zak 500 ml <input type="checkbox"/> Zak 1000 ml	
	<input type="checkbox"/> Flacon 50 ml* <input type="checkbox"/> Flacon 100 ml <input type="checkbox"/> Glas 100 ml*	
	Opmerking: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Natriumbicarbonaat 8,4%</b>	<input type="checkbox"/> Fles 100 ml	_____
	Opmerking: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Natriumbicarbonaat 4,2%</b>	<input type="checkbox"/> Glas 100 ml	_____
	Opmerking: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Natriumbicarbonaat 1,4%</b>	<input type="checkbox"/> Glas 100 ml	_____
	Opmerking: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Ringerlactaat</b>	<input type="checkbox"/> Zak 500 ml <input type="checkbox"/> Zak 1000 ml	_____
	Opmerking: _____	

\* Deze producten hebben wij niet standaard op voorraad. Wij nemen contact met u op om aan te geven wanneer u de levering kunt verwachten.

**10****BENODIGDE MATERIALEN**

- Infuuspomp  Bodyguard 323 of  Cadd Solis VIP
- Tas voor infuuspomp  3044882 Bodyguard 323(CV) 2 liter rugzak
- 3042152 Bodyguard 323(CV) 3 liter rugzak
- 3042829 Cadd 1 liter rugzak
- 3042831 Cadd 3 liter rugzak
- Koelkast leveren  ja  nee
- Infuuspaal leveren?  ja  nee

Gewenste leverdatum \_\_\_\_\_

Telefoonnummer (overdag bereikbaar) patiënt  
en of contactpersoon voor maken afspraak levering \_\_\_\_\_



Vervolg van aanvraag- en receptformulier TPV recept en infuuspomp/hulpmiddelen

**11****TOESTEMMINGSVERKLARING**

- Ja, ik wil gebruik maken van de service van Mediq en ga akkoord met levering van medicatie uitgevoerd door de in dit formulier genoemde zorgverleners en Mediq. Ik ga ermee akkoord dat mediq 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 arts. 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.volgjezorg.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.volgjezorg.nl/> of bel met 0800-0221858.

Aanvraag machtigingen moeten altijd ondertekend worden door een daartoe bevoegd persoon. Dit formulier kunt u per e-mail opsturen naar [infuustherapie@mediq.com](mailto:infuustherapie@mediq.com) of per fax naar 030 282 18 80. 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.