

**AANVRAAGFORMULIER****Infuuspomp en hulpmiddelen TPV****1****GEGEVENS VOORSCHRIJVER**

Naam voorschrijver \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_  
Specialisme \_\_\_\_\_  
AGB-code \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_

**2****PATIËNT** (of gebruik een sticker met patiëntgegevens)

Naam \_\_\_\_\_ Voorletters \_\_\_\_\_  M  V  
Geboortedatum \_\_\_\_\_ BSN \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_ PC en plaats \_\_\_\_\_  
Telefoon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_ Polisnummer \_\_\_\_\_  
Naam contactpersoon \_\_\_\_\_ Telefoon contactpersoon \_\_\_\_\_

Heeft de patiënt een WLZ-indicatie?  ja  nee

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

**3****AFLEVERADRES**

Thuis  Instelling  Anders:  
Adres \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_  
PC en plaats \_\_\_\_\_ PC en plaats \_\_\_\_\_

**4****REKENING/OFFERTE VERSTUREN NAAR:**

Zorgverzekeraar  
 Instelling/ziekenhuis (bij niet vergoede zorg)  
Naam tekenbevoegde \_\_\_\_\_ Inkoopordernummer \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_  
Opmerkingen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5****MEDISCHE INDICATIE**

Diagnose \_\_\_\_\_  
Medicatie: TPV  bereid  onbereid  
Therapieduur:  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 aanvraagformulier infuuspomp en hulpmiddelen TPV

**6****BENODIGDE MATERIALEN**Toediening medicatie via  zakInfuuspomp **Bodyguard 323(CV)**

- Startpakket  2002579 - INF SP TPV CVC ZAK BODYGUARD 323  
 2002662 - INF SP TPV PAC ZAK BODYGUARD 323  
 2002578 - INF SP TPV PICC ZAK BODYGUARD 323

- Tas voor infuuspomp  3044882 Bodyguard 323(CV) 2 liter rugzak  
 3042152 Bodyguard 323(CV) 3 liter rugzak

Koelkast leveren\*  ja  nee

*\*Indien het een aanvraag betreft voor bereide TPV en kortdurende therapie levert Mediq een koelkast bij de patiënt.*

Opmerkingen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Telefoonnummer (overdag bereikbaar) patiënt en of contactpersoon  
voor maken afspraak levering: \_\_\_\_\_**7****INFUUSPOMP** Ik bestel de infuuspomp op naam van de patiënt.

Na beëindiging wordt de pomp opgehaald op het huisadres van de patiënt.

Aanvraag machtigingen moeten altijd ondertekend worden door een daartoe bevoegd persoon. Dit formulier kunt u per e-mail opsturen naar [infuustherapie@mediqtefa.nl](mailto:infuustherapie@mediqtefa.nl) 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. Mocht bij ④ 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 of niet vergoede 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.