

Aanvraag- en receptformulier

TPV en infuuspomp/hulpmiddelen

Patiënt (of gebruik een sticker met patiëntgegevens)

Naam _____ Voorletters _____ M V
Geboortedatum _____ BSN _____
Adres _____ PC en Plaats _____
Telefoon _____ E-mail _____
Naam contactpersoon _____ Tel. contactpersoon _____
Zorgverzekeraar _____ Polisnummer _____
Naam apotheek _____ Plaats eigen apotheek _____

Afwijkend afleveradres Thuis (zie hierboven) Adres _____
 Anders (zie hiernaast) PC en plaats _____

Gegevens voorschrijver

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

Gegevens zorgverlener/ thuiszorg

Naam _____ Telefoon _____
Contactpersoon _____ Fax _____
Klantnummer _____
Datum _____
E-mail _____

Rekening / offerte versturen naar:

Naam instelling _____
Naam tekenbevoegde _____ Inkoopnummer/ kostenplaats _____
E-mail _____ Telefoon _____

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

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

Parentale voeding

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

Opmerkingen

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 Aguetant	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 Aguetant	flacon 10 ml		

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

Infuusvloeistoffen

 Frequentie _____ keer per week
 toevoegen aan TPV los meeleveren

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

Lijnafsluiters

<u>Artikel</u>	<u>Hoeveelheid</u>	<u>Frequentie</u>	<u>Opmerking</u>
<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	_____	_____

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: _____

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. 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.