

Aanvraag- en receptformulier

TPV en infuuspomp/hulpmiddelen

1. 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 _____

2. Gegevens voorschrijver

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

3. Gegevens zorgverlener/ thuiszorg

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

4. Rekening / offerte versturen naar:

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

5. 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

6. Soort en volume TPV

Onderstaande basiszak TPV bevatten elektrolyten

Artikel	Hoeveelheid	Artikel	Hoeveelheid
☐ Smofkabiven	986 ml	☐ Olimel N12E	1.500 ml
☐ Smofkabiven	1.477 ml	☐ Olimel N12E	2.000 ml
☐ Smofkabiven	1.970 ml	☐ Clinimix N14G30E	2.000 ml
☐ Smofkabiven	2.463 ml	☐ Clinimix N17G35E	2.000 ml
☐ SmofKabiven Extra Amino	1.012 ml	☐ Nutriflex plus 48/150 Twin*	2.000 ml
☐ SmofKabiven Extra Amino	1.518 ml	☐ Nutriflex special 70/240*	1.500 ml
☐ SmofKabiven Extra Amino	2.025 ml	☐ Nutriflex lipid plus*	1.875 ml
☐ Aminomix 1 Novum	1.000 ml	☐ Nutriflex lipid special*	625 ml
☐ Aminomix 1 Novum	1.500 ml	☐ Nutriflex lipid special*	1.250 ml
☐ Aminomix 1 Novum	2.000 ml	☐ Nutriflex lipid special*	1.875 ml
☐ Olimel N5E	2.000 ml	☐ Nutriflex omega plus*	1.875 ml
☐ Olimel N7E	1.000 ml	☐ Nutriflex omega special*	625 ml
☐ Olimel N7E	1.500 ml	☐ Nutriflex omega special*	1.250 ml
☐ Olimel N7E	2.000 ml	☐ Nutriflex omega special*	1.875 ml
☐ Olimel N9E	1.000 ml	☐ Numeta G13%E*	300 ml
☐ Olimel N9E	1.500 ml	☐ Numeta G16%E*	500 ml
☐ Olimel N9E	2.000 ml	☐ Numeta G19%E*	1.000 ml
☐ Olimel N12E	1.000 ml		

Onderstaande basiszak TPV bevatten geen elektrolyten! (elektrolytenvrij)

Artikel	Hoeveelheid	Artikel	Hoeveelheid
☐ Smofkabiven EF*	986 ml	☐ Olimel N9	1.000 ml
☐ Smofkabiven EF*	1.477 ml	☐ Olimel N9	2.000 ml
☐ Smofkabiven EF*	1.970 ml	☐ Clinimix N14G30*	2.000 ml
☐ Aminomix 3 Novum	1.500 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 _____

7. Toevoegingen

Artikel	Hoeveelheid	Frequentie	Opmerking
☐ Calciumgluconaat 10%	ampul 10 ml	_____	_____
☐ Cernevit flacon	5 ml	_____	_____
☐ ClinOleic 20%*	zak 250 ml	_____	_____
☐ Dipeptiven	glas 100 ml	_____	_____
☐ Glycophos	flacon 20 ml	_____	_____
☐ KCL infuusconcentraat 14,9%	ampul 10 ml	_____	_____
☐ Magnesiumsulfaat	ampul 10 ml	_____	_____
☐ NaCl 10%*	ampul 10 ml	_____	_____
☐ Nutritrace	flacon 10 ml	_____	_____
☐ Nutryelt	ampul 10 ml	_____	_____
☐ Omegaven	fles 100 ml	_____	_____
☐ Peditrace	flacon 10 ml	_____	_____
☐ Selenium Aguettant	flacon 10 ml	_____	_____

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

Artikel	Hoeveelheid	Frequentie	Opmerking
☐ Selenium Aquettant	flacon 10 ml		
☐ Smoflipid*	glas 250 ml		
☐ Soluvit N infusiepoeder	flacon 10 ml		
☐ Supliven	ampul 10 ml		
☐ Vitintra adult	ampul 10 ml		
☐ Vitintra infant	ampul 10 ml		
☐ Zink Aquettant	flacon 10 ml		

8. Infuusvloeistoffen

Frequentie _____ keer per week
☐ toevoegen aan TPV ☐ los meeleveren

Artikel	Hoeveelheid	Frequentie
☐ Glucose 5%	☐ Zak 500 ml ☐ Zak 1000 ml* ☐ Glas 100 ml Opmerking: _____	_____
☐ Glucose 50%	☐ Glas 100 ml* Opmerking: _____	_____
☐ Glucose/NaCl 2,5/0,45%	☐ Zak 500 ml ☐ Zak 1000 ml* Opmerking: _____	_____
☐ NaCl 0,65%	☐ Zak 500 ml Opmerking: _____	_____
☐ NaCl 0,9%	☐ Zak 50 ml ☐ Zak 100 ml ☐ Zak 250 ml ☐ Zak 500 ml ☐ Zak 1000 ml ☐ Flacon 50 ml* ☐ Flacon 100 ml ☐ Glas 100 ml* Opmerking: _____	_____
☐ Natriumbicarbonaat 8,4%	☐ Fles 100 ml Opmerking: _____	_____
☐ Natriumbicarbonaat 4,2%	☐ Glas 100 ml Opmerking: _____	_____
☐ Natriumbicarbonaat 1,4%	☐ Glas 100 ml Opmerking: _____	_____
☐ Ringerlactaat	☐ Zak 500 ml ☐ Zak 1000 ml Opmerking: _____	_____

9. Lijnafsluiters

Artikel	Hoeveelheid	Frequentie	Opmerking
☐ Calciumgluconaat 10%	ampul 10 ml		
☐ NaCl 0,9%	ampul 10 ml		
☐ NaCl 10% *	ampul 10 ml		
☐ Taurosept 2%	flacon 3 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

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: _____

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 artsen. 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.