

**AANVRAAGFORMULIER**

# Infuustherapie met medicatie

- 1e aanvraag voor thuistoediening. *Gewenste leverdatum* \_\_\_\_\_
- Verlenging/wijziging medicatie. *Nieuwe dosering/verlenging geldt vanaf datum* \_\_\_\_\_

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

Naam \_\_\_\_\_ Voorletters \_\_\_\_\_  M  V

Geboortedatum \_\_\_\_\_ BSN \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ PC en plaats \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Naam contactpersoon \_\_\_\_\_ Telefoon contactpersoon \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_ Polisnummer \_\_\_\_\_

Naam apotheek \_\_\_\_\_ Plaats apotheek \_\_\_\_\_

Heeft de patiënt een WLZ-indicatie?  ja  nee

**2****REKENING VERSTUREN NAAR**

Zorgverzekeraar

Instelling (bijv. ziekenhuis, verzorgingstehuis)

Naam instelling \_\_\_\_\_

Inkoopnummer \_\_\_\_\_

Naam tekenbevoegde \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_

**3****WOONSITUATIE PATIËNT**

Patiënt woont thuis  
(zie gegevens bij punt 1)

Patiënt verblijft in een instelling

Naam instelling (indien van toepassing) \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

PC en plaats \_\_\_\_\_

**4****AFLEVERADRES**

Afleveradres  thuis  anders, namelijk

(zie stap 1: Gegevens patiënt)

Adres \_\_\_\_\_

PC en plaats \_\_\_\_\_

**5****RECEPT**

Diagnose \_\_\_\_\_

Medicatie \_\_\_\_\_ Dosering \_\_\_\_\_

Toedieningswijze  subcutaan  
 perifereer  CVC  PAC  PICC  
 epiduraal  spinaal

Medicatie voor flushen:  (heparine = \_\_\_\_\_ EH / \_\_\_\_\_ ml)  flacon 10ml NaCl 0,9%  
 zakje 100ml NaCl 0,9%

Toediening medicatie via  cassette/cartridge \_\_\_\_\_ ml  spuit  zak \_\_\_\_\_ ml  
 elastomeerpomp

**▼**

Ga verder op de achterzijde van dit formulier

Bij medicatiespiegel afhankelijke therapie (bijv. Vanco / Tobra / TPV)

Frequentie labbepaling: \_\_\_\_ x per \_\_\_\_ Welke dag: \_\_\_\_\_ Stopdatum \_\_\_\_\_

**Let op: stuur altijd het originele, niet handgeschreven recept naar Mediq**

6

#### BENODIGDE INFUUSPOMP EN -MATERIALEN

Ik vraag / De thuiszorg vraagt de infuuspomp aan op naam van de patiënt.

Na beëindiging wordt de pomp opgehaald bij de patient.

Type pomp \_\_\_\_\_ Startdatum therapie \_\_\_\_\_

Ik zet een infuuspomp uit consignatie in

Type pomp \_\_\_\_\_ Serienummer pomp \_\_\_\_\_ Startdatum therapie \_\_\_\_\_

#### Benodigde overige materialen

Tas  ja  nee

Startpakket  ja  nee

Pompinstructie gewenst voor  patiënt  mantelzorger  zorgverlener

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

ja  nee

7

#### GEGEVENS ZORGVERLENER/THUISZORG

Naam instelling \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

Naam contactpersoon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

8

#### GEGEVENS TRANSFER

Naam instelling \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

Naam contactpersoon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

9

#### GEGEVENS CONTACTPERSOON ZIEKENHUISONTSLAG

Naam \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

10

#### GEGEVENS VOORSCHRIJVER

Naam voorschrijver \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

Naam Instelling \_\_\_\_\_

Specialisme \_\_\_\_\_

AGB-code \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Handtekening voorschrijver \_\_\_\_\_

11

#### TOESTEMMINGSVERKLARING

**Ja**, de patiënt wilt gebruik maken van de service van Mediq en gaat akkoord met levering van medicatie uitgevoerd door bovenstaande zorgverlener(s). De patiënt gaat ermee akkoord dat Mediq 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.

12

*Faxt u dit formulier, vul dan nogmaals de patiëntgegevens in. Anders kunt u stap 12 overslaan.*

#### GEGEVENS PATIËNT (of gebruik een sticker met patiëntgegevens)

Naam \_\_\_\_\_ Voorletters \_\_\_\_\_  M  V

BSN \_\_\_\_\_

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. Mocht bij ② 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 zorg, dan behoudt Mediq 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.