

Aanvraagformulier

Infuuspomp en hulpmiddelen

voor intraveneuze infuustherapie met of zonder medicatie via Mediq

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

Gegevens voorschrijver

Naam aanvrager _____ Telefoon _____

Naam Instelling _____ Afdeling _____

Specialisme _____

AGB-code _____

Datum _____ Handtekening _____

Patiënt (of gebruik een sticker met patiëntgegevens)

Naam _____ Voorletters _____ M V

Adres _____ PC en Plaats _____

Zorgverzekeraar _____ BSN _____

Geb. datum _____ Indien <12 jaar: gewicht _____ kg

Indien verminderde nierfunctie, de nierfunctie van de patiënt is: _____

Telefoonnummer (overdag bereikbaar) patiënt en of contactpersoon voor maken afspraak levering: _____

Afwijkend afleveradres: _____

Heeft de patiënt een WLZ-indicatie? Ja Nee

Stuur rekening naar:

Inkoopnummer _____ Instelling _____

Telefoon _____ E-mail _____

Naam tekenbevoegde _____

Diagnose en therapie**Diagnose** _____

- De medicatie moet door Mediq worden geleverd. Ik voeg het originele recept als bijlage toe.
Medicatie voor flushen:
 Heparine = _____ EH / _____ ml) flacon 10ml Nacl 0,9% zakje 100ml Nacl 0,9% posiflush
- Gegevens 'eigen' apotheek patiënt:
Naam apotheek: _____ Plaats apotheek: _____
- De medicatie wordt door de ziekenhuisapotheek of 'eigen' apotheek van de patiënt geleverd.
Naam apotheek: _____ Plaats apotheek: _____

Selecteer de gewenste medicatie:**Antibioticum**

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> amoxicilline | <input type="checkbox"/> cefuroxim | <input type="checkbox"/> meropenem | <input type="checkbox"/> ertapenem (niet vergoed) |
| <input type="checkbox"/> amoxicilline/ | <input type="checkbox"/> cefotaxim | <input type="checkbox"/> piperacilline/ tazobactam | <input type="checkbox"/> tobramycine* |
| <input type="checkbox"/> clavulaanzuur | <input type="checkbox"/> ciprofloxacine | <input type="checkbox"/> teicoplanine | <input type="checkbox"/> vancomycine* |
| <input type="checkbox"/> benzylpenicilline | <input type="checkbox"/> clindamycine | <input type="checkbox"/> rifampicine | <input type="checkbox"/> gentamycine* |
| <input type="checkbox"/> cefazoline | <input type="checkbox"/> erytromycine | <input type="checkbox"/> colistine
(alleen vergoed in elastomeer) | <input type="checkbox"/> anders, nl:
_____ |
| <input type="checkbox"/> ceftazidim | <input type="checkbox"/> flucloxacilline | | |
| <input type="checkbox"/> ceftriaxon | <input type="checkbox"/> imipenem/cilastatine | | |

* Frequentie labbepaling: _____ x per _____ Welke dag: _____

Ga verder op de achterzijde van dit formulier.

Vervolg aanvraagformulier infuuspomp en hulpmiddelen intraveneus

Andere medicatie

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> aciclovir | <input type="checkbox"/> foscarnet | <input type="checkbox"/> fluconazol | <input type="checkbox"/> metronidazol |
| <input type="checkbox"/> cinryze | <input type="checkbox"/> ganciclovir | <input type="checkbox"/> furosemide | <input type="checkbox"/> micafungine (niet vergoed) |
| <input type="checkbox"/> deferoxamine | <input type="checkbox"/> methylprednisolon | <input type="checkbox"/> ganciclovir | <input type="checkbox"/> voriconazol |
| <input type="checkbox"/> fluconazol | <input type="checkbox"/> deferoxamine | <input type="checkbox"/> methylprednisolon | <input type="checkbox"/> anders, nl: _____ |

Infuustherapie

- Continue: hoeveel dagen _____
- Giften: aantal giften per dag _____ Hoeveel dagen _____
- Startdatum _____ Stopdatum _____

Infuuspomp en startpakket

- Ik vraag de infuuspomp en het startpakket aan op naam van de patiënt. Na beëindiging wordt de pomp opgehaald bij de patiënt.

- Toediening medicatie via cassette infuuszak elastomeer
- Toedieningsvorm Perifeer PICC PAC CVC

Infuuspomp

- Cadd Solis Vip (bij continue met cassette) Cadd Plus (bij continue met cassette)
- Cadd PCA (bij continue met cassette) Bodyguard 323/CV (bij continue met infuuszak)
- Asena GW inclusief infuuspaal (art.nr. 2002145) (bij giften met infuuszak) Elastomeer

Opmerkingen: _____

Startpakket Cadd infuuspomp met cassette

- PERIF CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002625)
- PICC CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002644)
- PAC CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002671)
- CVC CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002648)

Startpakket Cadd infuuspomp met infuuszak

- CVC ZAK CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002629)
- PAC ZAK CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002647)
- PERIF ZAK CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002624)
- PICC ZAK CASS CADD PLUS/SOLIS/PCA (2002643)

Startpakket Bodyguard 323 met infuuszak

- PERIF ZAK BODYGUARD 323/323CV (2002627)
- PICC ZAK BODYGUARD 323/323CV (2002645)
- PAC ZAK BODYGUARD 323/323CV (2002649)
- CVC ZAK BODYGUARD 323/323CV (2002640)

Gegevens transferafdeling

Naam verpleegkundige _____ Tel. nr. verpleegkundige _____

Gegevens thuiszorg die de zorg voor de patiënt gaat verlenen

Naam thuiszorg _____ Telefoon _____ Plaats _____

Toestemmingsverklaring

- Ja**, de patiënt wilt gebruik maken van de service van Mediq en gaat akkoord met levering van medicatie uitgevoerd door bovenstaande 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.volggezorg.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. In dit geval kan Mediq geen medicatie leveren.

Dit formulier kunt u per e-mail opsturen naar infuustherapie@mediq.com. Aanvragen moeten ondertekend worden door de voorschrijver óf begeleid worden door recept en/of uitvoeringsverzoek van de voorschrijver.