

AANVRAAGFORMULIER MACTHIGING

Infuus pomp en hulpmiddelen

1**GEGEVENS VOORSCHRIJVER**

Naam voorschrijver _____ Telefoon _____
Naam Instelling _____
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 _____
Naam contactpersoon _____ Telefoon contactpersoon _____
Zorgverzekeraar _____ Polisnummer _____
Heeft de patiënt een WLZ-indicatie? ja nee

3**WOONSITUATIE PATIËNT**

Patiënt woont thuis (zie bovenstaand) Patiënt verblijft in een instelling
Naam instelling _____
Adres _____
PC en plaats _____
Telefoon instelling _____

4**AFLEVERADRES**

Thuis Instelling (zie gegevens instelling) Anders:
Adres _____
PC en plaats _____

5**REKENING VERSTUREN NAAR:**

Zorgverzekeraar Instelling (bijv. ziekenhuis, verzorgingstehuis) Ik weet het niet
Inkoopnummer _____
Naam tekenbevoegde _____
E-mail _____
Telefoon _____

6**MEDISCHE INDICATIE**

Diagnose _____
Medicatie _____ Dosering _____
Toedieningswijze subcutaan
 perifere centraal poort anders, nl _____
 epiduraal/ spinaal

Bestaat de kans dat de infuus pomp wordt ingezet in de buurt van iemand met chemotherapie of resistente bacteriën zoals MRSA? ja nee



Ga verder op de achterzijde van dit formulier.



Vervolg van aanvraagformulier machtiging infuustherapie

Faxt u dit formulier, vul dan nogmaals de patiëntgegevens in bij stap 10

**BENODIGDE INFUUSMATERIALEN**

Intermediair cassette/cartridge spuit zak

Gewenste pomp _____

Tas ja nee

Startpakket ja nee

Pompinstructie gewenst voor: patiënt mantelzorger zorgverlener

Opmerkingen _____

Gewenste leverdatum _____

**GEGEVENS ZORGVERLENER/THUISZORG**

Naam instelling _____ Telefoon _____

Naam contactpersoon _____ Fax _____

Klantnummer _____

E-mail _____

Datum _____ Handtekening contactpersoon _____

**INFUUSPOMP**

Ik bestel de infuuspomp op naam van de patiënt. Na beëindiging wordt de pomp opgehaald op het huisadres van de patiënt.

Ik zet een infuuspomp uit consignatie in.

Type pomp _____ Serienummer pomp _____ Startdatum therapie _____

Uw situatie

Ik ben consignatiehouder (depot).

Ik ben consignatiehouder en reinig de pomp zelf na gebruik (RCC).

Ik ben geen consignatiehouder. Ik leen een infuuspomp bij het regionaal depot:

Naam depot _____ Plaats _____

Voorraad

Stuur z.s.m. een nieuwe infuuspomp ter bevoorrading van het consignatiedepot.

Er hoeft geen nieuwe infuuspomp geleverd te worden. Ik breng de pomp zelf terug naar het depot (alleen bij optie RCC/regionaal depot).



Faxt u dit formulier, vul dan nogmaals de patiëntgegevens in. Anders kunt u stap 10 overslaan.

PATIËNT (of gebruik patiëntensticker)

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 infuusdepots@mediqtefa.nl of per fax naar 030 282 12 08. 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 ⑤ 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 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.

