

MACHTIGING EN RECEPT

Bereide Flolan[®] met infuuspompen en hulpmiddelen

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

1**PATIËNT** (of gebruik patiëntensticker)

Naam _____	Voorletters _____	☐ M ☐ V
Adres _____	Geboortedatum _____	
PC en plaats _____	BSN _____	
Telefoon _____	Zorgverzekeraar _____	
Mobiel _____	Polisnummer _____	
E-mail _____		
Naam eigen apotheek _____	Plaats eigen apotheek _____	
Telefoonnummer patiënt of contactpersoon _____		
(overdag bereikbaar voor maken van afspraak levering)		
Afwijkend afleveradres _____		
☐ Altijd ☐ Alleen de 1e levering		

2**RECEPT**

Startdatum _____

Dosering _____ µg/per 100 ml cassette

Lichaamsgewicht _____ kg

☐ Overig PAH geneesmiddelen gebruik, nl: _____

☐ Cassettes meegegeven vanuit het ziekenhuis. Aantal _____

Gewenste 1e leverdatum bereide Flolan[®] cassettes door Mediq _____

3**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		
Toedieningsvorm	☐ PICC	☐ PAC	☐ CVC
Infuuspomp	☐ 2x Cadd One (bij continue met cassette)		
Startpakket	☐ 2002661 INF SP PH IV CVC CASSET CADD ONE EPOPR NL		
	☐ 2002660 INF SP PH IV PAC CASSET CADD ONE EPOPR NL		
	☐ 2002577 INF SP PH IV PICC CASSET CADD ONE EPOPR NL		

Bestaat de kans dat de infuuspomp 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 recept- en machtigingsformulier bereide Flolan® met infuuspompen en hulpmiddelen.



4 GEGEVENS ZORGVERLENER/THUISZORG

Naam instelling	Telefoon
Naam contactpersoon	E-mail



5 ARTSENVERKLARING

- ☐ Ondergetekende is een medisch specialist handelend vanuit een multidisciplinair samenwerkingsverband PAH én verbonden aan een Universitair Medisch Centrum of het Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein, die Epoprostenol voorschrijft aan deze verzekerde.
- ☐ Patiënt heeft Pulmonale Arteriële Hypertensie.
- ☐ Patiënt heeft NYHA-klasse IV of NYHA-klasse III en heeft onvoldoende baat bij duo-therapie met endotheline-receptor antagonist en PDE5-remmer/soluble guanylate cyclase stimulator

Indien een van bovenstaande vragen met nee wordt beantwoord zal de medicatie niet worden vergoed en kan Mediq alleen leveren indien het ziekenhuis de betalende partij is.

In dit geval verzoeken wij u hier een kostenplaatsnummer/orderinkoopnummer te vermelden.

Kostenplaats/orderinkoopnummer: _____



6 TOESTEMMINGSVERKLARING

- ☐ **Ja**, de patient 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 patient 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. In dit geval kan Mediq geen medicatie leveren.



7 GEGEVENS VOORSCHRIJVER

Naam voorschrijver	Telefoon
Naam instelling	
Specialisme	
AGB-code	
Datum	Handtekening

Dit formulier kunt u per email opsturen naar infoustherapie@mediq.com of per fax naar 030 282 12 08. Aanvragen moeten ondertekend worden door de voorschrijver.