

**Aanvraagformulier pompen en toebehoren**

# Sondevoeding

Naam _____	Voorletters _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum _____	BSN _____
Adres _____	PC en Plaats _____
Telefoon _____	Mobiel _____
PC en Plaats _____	E-mail _____
Zorgverzekeraar _____	Polisnummer _____
<input type="checkbox"/> <b>Ander afleveradres</b>	
Adres _____	PC en Plaats _____

**Toediening**

- op termijn voeding     voeding     vocht\*     medicatie\*  
 anders, namelijk \_\_\_\_\_

\* Voor deze toepassing is een uitgebreide medische verklaring nodig die beoordeeld zal worden door de zorgverzekeraar alvorens er medische hulpmiddelen geleverd kunnen worden. \*\* zie ZN verklaring

**Soort pomp / soort toediening**

- Voedingspomp     Geen voorkeur     Flocare Infinity     Amika     Kangaroo Joey     Proneo  
 Bolustoediening  
 Zwaartekrachttoediening  
 Anders, namelijk \_\_\_\_\_

**Sondes**

- Neus-maag sonde    Maat (CH) \_\_\_\_\_    Lengte \_\_\_\_\_  
                                   PVC (tot 1 week)     PUR (tot 6 weken)     Siliconen (tot 3 maanden)  
 Gastrostomiekatheter    Maat(CH) \_\_\_\_\_    Med. poort     Ja     Nee  
 Zwaartekrachttoediening    Maat(CH) \_\_\_\_\_    Lengte \_\_\_\_\_  
 Anders, namelijk \_\_\_\_\_

- Aansluiting**     ENFit     Nutrisafe2     Luer-lock     Kathetertip  
Reservesonde meesturen?     Ja     Nee

**Levering en instructie**

- Ingangsdatum \_\_\_\_\_  
Levering met instructie gewenst?     Nee     Ja, afspreken met:  
Naam \_\_\_\_\_    Afdeling \_\_\_\_\_  
Wordt verzorgd door \_\_\_\_\_    Telefoon \_\_\_\_\_  
Thuiszorg ingeschakeld?     Ja     Nee    Thuiszorg organisatie \_\_\_\_\_  
Gewenste locatie     Thuis     Ziekenhuis    Telefoon \_\_\_\_\_  
Leverdatum \_\_\_\_\_    Verwachte ontslagdatum \_\_\_\_\_  
Duur     1 mnd     2 mnd     3 mnd     6 mnd     12 mnd

**Bestemd voor consignatiehouders**

- Voedingspomp    Serinummer \_\_\_\_\_    Startdatum \_\_\_\_\_  
 Gastrostomiekpakket    Pakketnummer \_\_\_\_\_

**Medische indicatie** (Om uw cliënt zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn, willen wij u hier verzoeken de diagnose te vermelden)

**Opmerkingen**

Instelling _____	Datum _____
Functie/afdeling _____	Handtekening _____
Voorschrijver _____	
ABG-code _____	
BIG-nr. _____	