MEDIQ

Postbus 43050
3540 AB Utrecht
t. 088 888 94 07
sondevoeding@mediqtefa.nl
www.mediq.nl

Aanvraagformulier pompen en toebehoren

Sondevoeding

Naam _____ Voorletters _____ ☐ M ☐ V
Geboortedatum _____ BSN _____
Adres _____ PC en Plaats _____
Telefoon _____ Mobiel _____
PC en Plaats _____ E-mail _____
Zorgverzekeraar _____ Polisnummer _____
☐ **Ander afleveradres**
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 ☐ oneindig

Bestemd voor consignatiehouders
☐ **Voedingspomp** Serienummer _____ Startdatum _____
☐ **Gastrostomiepakket** 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. _____