

Toebehoren bij preventieve PEG plaatsing

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

TOEDIENING

op termijn voeding vocht* medicatie* maagheveling* galteruggave* 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.

SOORT POMP / SOORT TOEDIENING

Voedingspomp (in ons assortiment Applix Smart, Flocare Infinity en Kangaroo Joey)

Geen voorkeur Applix Smart Flocare Infinity Kangaroo Joey Amika

Bolustoediening

Zwaartekrachttoediening

Anders, namelijk _____

SONDES

<input type="checkbox"/> Neus-maag sonde	Maat (CH) _____	Lengte _____			
<input type="checkbox"/> PVC (tot 1 week)	<input type="checkbox"/> PUR (tot 6 weken)	<input type="checkbox"/> Siliconen (tot 3 maanden)			
<input type="checkbox"/> Gastrostomiecatheter _____	Maat(CH) _____	Med. poort <input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> Nee			
<input type="checkbox"/> Button _____	Maat(CH) _____	Lengte _____			
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk _____					
Aansluiting	<input type="radio"/> ENlock	<input type="radio"/> Luer-lock	<input type="radio"/> Cathetertip	<input type="radio"/> Nutrisafe 2	<input type="radio"/> Cair
Reservesonde meesturen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee			

LEVERING EN INSTRUCTIE

Ingangsdatum	_____	
Levering met instructie gewenst?		<input type="radio"/> Nee
<input type="radio"/> Ja, afspreken met Naam _____		Wordt verzorgd door _____
Afdeling _____		Thuiszorg ingeschakeld <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Telefoon _____		Thuiszorgorg. _____
Gewenste locatie <input type="radio"/> Thuis <input type="radio"/> Ziekenhuis		Telefoon _____
Verwachte ontslagdatum _____		
Leverdatum _____		
Duur <input type="radio"/> 1 mnd <input type="radio"/> 2 mnd <input type="radio"/> 3 mnd <input type="radio"/> 6 mnd <input type="radio"/> 12 mnd <input type="radio"/> oneindig		

BESTEMD VOOR CONSIGNATIEHOUDERS

<input type="checkbox"/> Voedingspomp	Serienummer _____	Startdatum _____
<input type="checkbox"/> 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. _____	