

## Aanmelding verpleegkundige handelingen door Thuiszorg/MTH zorg

### Ondergetekende arts verzoekt machtiging en uitvoeringsverzoek ten behoeve van:

Naam + voorletter(s): \_\_\_\_\_ Adres: \_\_\_\_\_  
 Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_  
 Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_  
 Ziekttekostenverzekering: \_\_\_\_\_ Burgerlijke staat: \_\_\_\_\_  
 Polis nummer: \_\_\_\_\_ BSN nummer: \_\_\_\_\_

### Algemene en medische gegevens:

Naam specialist/huisarts: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
 Apotheek: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Medische diagnose: \_\_\_\_\_

Reanimatiebeleid: \_\_\_\_\_

Indicatie/uit te voeren behandeling: \_\_\_\_\_

Frequentie: \_\_\_\_\_

Betreft het hier palliatieve terminale zorg:  ja  nee

#### Voeding enteraal

Sonde:  neus/maagsonde ch \_\_\_\_\_, type \_\_\_\_\_  gastrotube, ch \_\_\_\_\_, type \_\_\_\_\_  
 PEG sonde ch \_\_\_\_\_, type \_\_\_\_\_  wissel à \_\_\_\_\_ weken

#### Voeding parenteraal

centrale veneuze catheter  anders: \_\_\_\_\_

#### Catheteriseren

suprapub cath.  ballon cath.  balloninghoud .....cc  ch \_\_\_\_  wissel à \_\_\_\_\_ weken

#### Type pomp

Cadd Legacy PCA (cassette pomp)  Bodyguard (infuus pomp)  
 Continu  Intermittierend, tijdstip: \_\_\_\_\_ uur tot \_\_\_\_\_ uur  bolusgift \_\_\_\_\_ keer per dag  
 Vacuumpomp, mmHg \_\_\_\_\_, wissel \_\_\_\_\_ per week (wondzorg is overdracht gewenst)

#### Toedieningswijze:

epiduraal  spinaal  centraal veneuze catheter  
 subcutane infusie/injectie  midline catheter  perifere venflon  
 PICC-lijn  port à cath

Medicatie concentratie: \_\_\_\_\_

Eventueel patiëntgebonden complicaties/bijwerkingen/opmerkingen: \_\_\_\_\_

<b>Pomp 1</b> _____ (medicatie) Pompsnelheid _____ mg/ml* per uur extra bolustoediening: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Hoe vaak per 24 uur: _____ keer Hoeveelheid per keer: _____ mg/ml* In geval van subcutane toediening: <input type="checkbox"/> Z.N. ophogen 50% , tot een max van _____ keer	<b>Pomp 2</b> _____ (medicatie) Pompsnelheid _____ mg/ml* per uur extra bolustoediening: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Hoe vaak per 24 uur: _____ keer Hoeveelheid per keer: _____ mg/ml* In geval van subcutane toediening: <input type="checkbox"/> Z.N. ophogen 50% , tot een max van _____ keer
--	--

Datum aanvraag \_\_\_\_\_

Datum start behandeling \_\_\_\_\_

Einddatum behandeling \_\_\_\_\_

Naam aanvrager (arts) \_\_\_\_\_

AGB code arts: \_\_\_\_\_

Telefooncentrale Maartje: 053-537 5555 (7x24 uur)

Telefoonnummer MTH team: 06 215 86 201 (7x24 uur)

Faxnummer MTH team: 0541 510070

Emailadres MTH team: MTHteam@zorggroepsintmaarten.nl

Handtekening arts \_\_\_\_\_

(aanvraag kan alleen in behandeling genomen indien volledig ingevuld en door arts zelf ondertekent)

(na invulling dit formulier printen, ondertekenen en faxen.)