

Aanmelding verpleegkundige handelingen door Thuiszorg/MTH zorg

Ondergetekende arts verzoekt machtiging en uitvoeringsverzoek ten behoeve van:

Naam + voorletter(s): _____ Adres: _____
 Geboortedatum: _____ Postcode: _____
 Telefoonnummer: _____ Plaats: _____
 Ziektekostenverzekering: _____ 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. balloninhoudcc ch ____ wissel à _____ weken

Type pomp

Cadd Legacy PCA (cassette pomp) Bodyguard (infuus pomp)
 Continu Intermittend, 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: _____

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

Datum aanvraag _____

Datum start behandeling _____

Naam aanvrager (arts) _____

AGB code arts: _____

Einddatum behandeling _____

Handtekening arts _____

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

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

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