

in te vullen }
door: }
MZ = Meld- en Zorgcentrale
TF = Transmuraal/Transferpunt
HS = Huisarts / Specialist
AP = Apotheek

Machtiging Uitvoeringsverzoek

Alleen voor AWBZ niet voor Medisch Specialistisch Verpleging Thuis = MSVT

Ondergenoemde huisarts/specialist verzoekt machtiging en uitvoeringsverzoek ten behoeve van (zie 'patiënt')			
MZ/ HS	Patiënt	geboortenaam / voorletters <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	geboortedatum
		adres	telefoon
		postcode	woonplaats
			BSN nummer
			huidige verblijfplaats
TF/ HS	Zorgverzekeraar	naam	polisnummer
TF/ HS	Huisarts	naam	telefoon fax
TF	Specialist	naam	telefoon fax
TF	Apotheek	naam	cassettes bezorgen bij cliënt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
			telefoon fax
TF	Pomp	type	<input type="checkbox"/> draagbaar <input type="checkbox"/> CADD Legacy PCA <input type="checkbox"/> Graseby 3100 / Arsenal <input type="checkbox"/> cassette <input type="checkbox"/> stationair <input type="checkbox"/> CADD Plus <input type="checkbox"/> Graseby MS26A <input type="checkbox"/> infuuszak <input type="checkbox"/> startpakket <input type="checkbox"/> CADD Prizm <input type="checkbox"/> spuit <input type="checkbox"/> anders:
		toedieningswijze	<input type="checkbox"/> epiduraal <input type="checkbox"/> spinaal <input type="checkbox"/> Port-a-cath <input type="checkbox"/> subcutaan injecteren <input type="checkbox"/> subcutane infusie <input type="checkbox"/> perifere infusie op <input type="checkbox"/> perifere infusie <input type="checkbox"/> intramusculair injecteren <input type="checkbox"/> centrale veneuze infusie <input type="checkbox"/> zwaartekracht
		afleveradres	adres
			plaats
HS	Medische diagnose		
HS	Soort behandeling	<input type="checkbox"/> symptoom/pijnbestrijding subcutaan <input type="checkbox"/> epiduraal <input type="checkbox"/> anders <input type="checkbox"/> medicatietoediening i.v. <input type="checkbox"/> spinaal <input type="checkbox"/> vocht/voeding toediening i.v.	
HS/ AP	Medicament	naam	oplossingsconcentr. hoeveelh./24uur
AP		pompsnelheid / uur	toedieningsvorm
		/uur	<input type="checkbox"/> continue <input type="checkbox"/> per injectie
		extra bolustoediening	hoe vaak per 24 uur
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	keer
			hoeveel per keer / ml
			ml
HS	Wijziging van medicatie bij start infuustherapie	naam	stoppen per datum
			doorgaan per datum
AP	Overzicht medicatie die patiënt gebruikt medicatielijst meegeven aan cliënt		

handtekening HS + datum