

## Machtigingsaanvraag + uitvoeringsverzoek

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

Geboortenaam + voorletter(s): \_\_\_\_\_ Adres: \_\_\_\_\_  
 Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_  
 Huidige verblijfplaats patiënt: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_  
 Gewenste correspondentienaam: \_\_\_\_\_ Soort huishouden: \_\_\_\_\_  
 Telefonie: \_\_\_\_\_ BSN nummer: \_\_\_\_\_  
 Ziektekostenverzekering: \_\_\_\_\_ Polisnummer: \_\_\_\_\_  
 Identificatiebewijs: + nr. \_\_\_\_\_ Burgerlijke staat: \_\_\_\_\_  
 Geboortenaam + voorletter(s) partner: \_\_\_\_\_ Geboortedatum partner: \_\_\_\_\_

### Algemene en medische gegevens:

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

### Medische diagnose:

Indicatie/uit te voeren handeling: \_\_\_\_\_  
 Frequentie: \_\_\_\_\_  
 Betreft het hier palliatieve terminale zorg:  ja  nee

### Voeding enteraal

Sonde:  Neus/maagsonde, ch \_\_\_\_\_, type \_\_\_\_\_  Gastrotube, ch \_\_\_\_\_, type \_\_\_\_\_  
 Mickey button, ch \_\_\_\_\_, type \_\_\_\_\_  Wissel à \_\_\_\_\_ weken

### Voeding parenteraal

Centrale veneuze catheter  Anders: \_\_\_\_\_

### Catheteriseren

Suprapub cath.  Ballon cath.  ch \_\_\_\_\_  Wissel à \_\_\_\_\_ weken

### Type pomp:

Draagbaar  Stationair  Continue  Continue + bolusmogelijkheid  
 Vacuümpomp, mmHg \_\_\_\_\_, wissel \_\_\_\_\_ per week (wondzorg is overdracht gewenst)  
 Easypump

### Toedieningswijze:

Spinaal/epiduraal  Port à cath  Centraal veneuze catheter  
 Subcutane infusie/injectie  Midline catheter  Perifere venflon  
 Anders: \_\_\_\_\_

### Medicatie concentratie:

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

Pompsnelheid \_\_\_\_\_ per uur  
 Toedieningsvorm  Continue; Extra bolustoediening:  ja  nee  
 Hoe vaak per 24 uur: \_\_\_\_\_ keer  
 Hoeveelheid per keer: \_\_\_\_\_ ml

Datum aanvang: \_\_\_\_\_  
 Datum aanvraag behandeling: \_\_\_\_\_ Einddatum behandeling: \_\_\_\_\_  
 Fax: 088 708 44 98 Telefoonnummer: 088 708 36 69  
 mth@thoeztwente.nl

Naam aanvrager(arts): \_\_\_\_\_ Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
 AGB code huisarts: \_\_\_\_\_

Handtekening arts: \_\_\_\_\_ (aanvraag wordt slechts in behandeling genomen indien door arts zelf ondertekent)