

AANVRAAGFORMULIER

Bereide medicatie en indien gewenst infuuspomp met startpakket



E-mail het recept en het aanvraagformulier naar infuustherapie@appo.nl of fax 085 902 3972



Telefonische afstemming door bereidingsapotheek met de aanvrager



Levering bereide medicatiecassettes op aangegeven adres en afgesproken tijdstip



Bij levering ontvangt u informatie over onze dienstverlening. Neem dit goed door



Stuur het originele recept naar **APPO**
Antwoordnummer 91
4700 VB Roosendaal

1

GEGEVENS PATIËNT (of gebruik een sticker met patiëntgegevens)

Naam _____ Voorletters _____ M V

Adres _____ PC en plaats _____

Geboortedatum _____ BSN _____

Telefoon _____ Zorgverzekeraar _____

Heeft de patiënt een WLZ-indicatie? ja nee

Indien ja, stuur rekening naar: Instelling _____ Inkoopnummer _____

E-mail _____ Telefoon _____

Naam tekenbevoegde _____

2

GEGEVENS ZORGVERLENER/THUISZORG

Naam instelling _____

Naam contactpersoon _____ Telefoon _____

Naam voorschrijver _____ Telefoon voorschrijver _____

3

MEDICATIEGEGEVENS

Diagnose _____

Medicatie _____

Gewenste toedieningsvorm elastomeer cassette infuuszak

Dosering _____

Aantal giften per 24 uur _____

Inlooptijd medicatie _____

Start datum _____

Laatste aanhangdatum _____

Afleveradres _____

Adres vervolgleveringen _____

Bijzonderheden _____

Let op: Stuur altijd het originele, niet handgeschreven recept naar de bereidingsapotheek:
APPO Antwoordnummer: 91, 4700 VB Roosendaal

orgverlener(s). De patiënt gaat ermee akkoord dat

4

TOESTEMMINGSVERKLARING

- Ja**, de patiënt wilt gebruik maken van de service van APPO en gaat akkoord met levering van medicatie uitgevoerd door bovenstaande zorgverlener(s). De patiënt gaat ermee akkoord dat APPO de benodigde informatie betreffende medische gegevens aan de betrokken zorgverlener(s) verstrekt.
- Ja**, de patiënt geeft toestemming aan de betrokken zorgverlener(s) om zijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' is aangegeven. Deze folder is te vinden op <https://www.volggezorg.nl/> of bel met 0800-0221858
- Nee**, de patiënt geeft geen toestemming aan de betrokken zorgverlener(s) om zijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' is aangegeven.

5

INFUUSPOMP

- Ik vraag een infuuspomp van Mediq aan op naam van de patient. De bereide medicatie wordt gezamenlijk met de infuuspomp van Mediq en het startpakket geleverd door de bereidingsapotheek. Na beëindiging wordt de pomp door Mediq opgehaald bij de patiënt.

Ik heb een voorkeur voor een infuuspomp: _____

- Er wordt een infuuspomp uit depot ingezet, serienummer infuuspomp _____
APPO stuurt dit formulier door naar Mediq.

- Een infuuspomp meesturen is niet nodig. Ga door naar stap 6

Toedieningsvorm Subcutaan PAC* CVC Perifeer PICC

* maat PAC naald _____

Meeleveren Tas Infuuspmaal

Bijzonderheden _____

Bestaat de kans dat de infuuspomp wordt ingezet in de buurt van iemand met chemotherapie of resistente bacteriën zoals MRSA? ja nee

Voor het aanvragen van de infuuspomp dient u het uitvoeringsverzoek mee te sturen of dit formulier door de voorschrijver te laten ondertekenen.

Naam voorschrijver _____ Handtekening _____

6

OPSTUREN

Stuur dit formulier per email naar infuustherapie@appo.nl of per fax naar 085 902 3972

Heeft u uw medicatie met spoed of buiten kantooruren nodig?
Neem dan direct telefonisch contact met ons op via 085 902 3880

*Let op: Stuur altijd het originele, niet handgeschreven recept naar de bereidingsapotheek:
APPO Antwoordnummer: 91, 4700 VB Roosendaal*