

AANVRAAGFORMULIER

# Bereide medicatie en indien gewenst infuuspomp met startpakket



E-mail het recept en het aanvraagformulier naar [add@ezorg.nl](mailto:add@ezorg.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  
ADD Apotheek  
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:  
 ADD Antwoordnummer: 91, 4700 VB Roosendaal

4

**TOESTEMMINGSVERKLARING**

- Ja**, de patiënt wilt gebruik maken van de service van ADD en gaat akkoord met levering van medicatie uitgevoerd door bovenstaande zorgverlener(s). De patiënt gaat ermee akkoord dat ADD 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.volgjezorg.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 bereidingsapothek. 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 \_\_\_\_\_  
ADD Apotheek 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 [add@ezorg.nl](mailto:add@ezorg.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 bereidingsapothek:  
ADD Antwoordnummer: 91, 4700 VB Roosendaal*