

Uitvoeringsverzoek

tot het verrichten van risicovolle c.q. voorbehouden handelingen

Verantwoordelijk arts/behandelaar:

Naam:	AGB-code hoofdbehandelaar:
Adres:	AGB-code ziekenhuis:
Telefoon:	Fax:

ZORGAANBIEDER: Zorgstroom, Breestraat 15, 4331 TS Middelburg Tel.: 0118-684000 Fax: 0118-684211 Locatie: E-mailadres:	PATIENTENSTICKER
--	------------------

PRODUCT (invullen indien sprake is van MSVT): MSVT VP

Kopie naar Zorgstroom

Diagnose

Onderstaande voorbehouden- en / of risicovolle handeling(en) uit te voeren conform de daartoe opgestelde protocollen.

Nadere gegevens:

Indicatie:	
Naam van de handeling:	
Datum van ingang:	Datum beëindiging:
Tijdstip(pen) waarop de behandeling dient te worden uitgevoerd:	Handelingstijd:
Geldigheidsduur van de opdracht (<i>max. 1 jaar</i>):	
Nadere specificatie van de handeling:	
Medicijnen / vloeistof:	
Naam:	
Exacte dosering per keer:	
Eventuele cliëntgebonden complicaties / bijwerkingen:	
Andere in dit verband relevant geachte gegevens:	

Plaats:	Datum:
Handtekening arts:	Handtekening hoofdbehandelaar:

Indien de (verpleeghuis)arts geen opdrachtgever is van de handeling is hij / zij wel akkoord met de behandeling thuis. De huisarts heeft informatie over de patiënt verkregen van de specialist of verpleeghuisarts. De huisarts garandeert de "tussenkomst" in noodzakelijk geval.

naam	:	
woonplaats	:	
telefoon	:	fax :

Het uitvoeringsverzoek wordt **geaccepteerd door Zorgstroom** (invullen 'wel' of 'niet')

Plaats:	Datum:
naam medewerker:	Handtekening:

Indien het uitvoeringsverzoek niet kan worden geaccepteerd, op de achterzijde van dit formulier de reden vermelden en onmiddellijk contact opnemen met de opdrachtgever!