

UITVOERINGSVERZOEK

risicovolle / voorbehouden handelingen t.b.v. zorgverlener

Alle velden dienen door de arts te worden ingevuld tenzij in het formulier anders is aangegeven

Gegevens patiënt: Patiëntensticker		
Naam:	Geboortedatum:	<i>(In te vullen door de transferverpleegkundige)</i> Naam zorgverlener:
Adres	BSNnr:	
Plaats:	Patientnr:	
Tel nr.:	
Naam huisarts:	Tel nr:	
Zorgverzekeraar en nummer:		

Diagnose / Indicatie
.....

Uit te voeren handeling (bijv sonde, wondzorg etc) <i>(Voor infuus therapie ga naar volgende blok)</i>
.....
Handeling uitvoeren: <input type="checkbox"/> x per dag, <input type="checkbox"/> x per week, <input type="checkbox"/> anders nl.

Infuustherapie / pijnbestrijding / shunt / injectiezorg				
<input type="checkbox"/> Infuus perifeer		<input type="checkbox"/> Infuus subcutaan (inbrengen, verwisselen infuussysteem)		<input type="checkbox"/> Injectie: <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> i.v.
<input type="checkbox"/> Centraal veneuze katheter / poort (aankoppelen/prikken en afkoppelen)		<input type="checkbox"/> Epiduraal / intratecaal (aankoppelen, afkoppelen)		<input type="checkbox"/> Slot (volgens voorschrift recept)
<input type="checkbox"/> Shunt (aanprikken, afkoppelen)				
Naam medicijn	Frequentie / concentratie	Dosering	Inlooptijd	Voor verdere informatie zie bijgevoegd
				<input type="checkbox"/> recept <input type="checkbox"/> bijlage(n)
				<input type="checkbox"/> recept <input type="checkbox"/> bijlage(n)
Anders nl.:				

Eventuele patiëntgebonden afspraken / complicaties / bijwerkingen / bijzonderheden			
Afspraken:	<input type="checkbox"/> n.v.t.	Complicaties:	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Bijwerkingen:	<input type="checkbox"/> n.v.t.	Bijzonderheden:	<input type="checkbox"/> n.v.t.

Informatie huisarts <i>(in te vullen door specialist/huisartsenpost)</i>	
Is er contact geweest met huisarts <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Is tussentijdse evaluatie wenselijk <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Zo ja, in welke situatie(s):	
Op welke termijn:	

Geldigheidsduur van het uitvoeringsverzoek	Continuering van het uitvoeringsverzoek
Ingangsdatum: tot en met.....	Wie is verantwoordelijk voor het schrijven van een nieuw uitvoeringsverzoek na het verstrijken van geldigheidsduur <input type="checkbox"/> huisarts <input type="checkbox"/> specialist <input type="checkbox"/> n.v.t.

Bereikbaarheid tijdens kantooruren	Bereikbaarheid buiten kantooruren
Naam arts:	Telefoonnummer:
Telefoonnummer:	U wordt doorgeschakeld naar de dienstdoende arts

Akkoordverklaring			
Ondergetekende gaat akkoord met het uitvoeren van de risicovolle/voorbehouden handeling	datum:	Ondergetekende accepteert het uitvoeringsverzoek van de risicovolle/voorbehouden handeling	datum:
Naam behandelend arts:	Naam medewerker/zorgverlener:
Handtekening:	Handtekening:
Reden(en) niet accepteren uitvoeringsverzoek <i>(in geval van toepassing)</i>			