

Zoledroninezuur infuus via ZHAS Thuiszorgservice

Formulier voor machtigingsaanvraag, uitvoeringsverzoek, toestemming patiënten recept voor infusie van Zoledroninezuur in de thuissituatie.

Patiëntgegevens (of gebruik patiëntensticker)

Naam patient..... Man/Vrouw
Adres..... BSN nummer.....
Postcode/woonplaats..... Zorgverzekeraar.....
Geboortedatum..... Polisnummer.....
Telefoonnummer..... Naam huisapotheek.....
Gewicht.....

Behandelaar en uitvoeringsverzoek

Hierbij geeft ondergetekende toestemming het infuus toe te dienen bij de aangegeven patient

Ziekenhuis:..... Naam voorschrijver.....
Plaats..... Specialisme.....
Contactpersoon..... E-mailadres.....
Telefoonnummer.....
BIG-nummer..... AGB-code.....

Bovenstaande patient wordt in zorg genomen door een verpleegkundige van ZHAS voor de medische indicatie

Recente eGFR waarde/ nierfunctie ;

R/

- Zoledroninezuur 4 mg/100 ml (Zometa®)
- Zoledroninezuur 5 mg/100 ml (Aclasta®)
- Infuusset
- NaCl 0,9% IV 100 ml

Dosering :

Iter: x herhalen/ geldig tot.....

- Startpakket IV

Datum

Handtekening.....

- ✓ Ik verzoek de Zuid Hollandse Apotheek Service (ZHAS) de thuisbehandeling voor deze patient te verzorgen. De patient is door mij geïnformeerd over de behandeling en aflevering van bovenstaand geneesmiddel, en het in dit kader vertrekken van diens persoonsgegevens, en heeft hiervoor mondeling toestemming gegeven.
- ✓ Bovengenoemde patient, verzekerd bij uw verzekeringsmaatschappij, zie ik poliklinisch voor de behandeling met Zoledroninezuur IV. Bij deze wil ik u verzoeken een machtiging te verstrekken voor de thuisbehandeling met bovenstaande medicatie waarbij de ziekenhuisbehandeling komt te vervallen.