

Gamunex 10% via ZHAS Thuiszorgservice

Patiëntgegevens (of gebruik patiëntensticker)

Naam patient..... Man/Vrouw
Adres..... BSN nummer.....
Postcode/woonplaats..... Zorgverzekeraar.....
Geboortedatum..... Polisnummer.....
Mobiele nummer..... Naam apotheek.....
Gewicht..... Plaats apotheek.....

Voorschrijver

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

Medische indicatie

Rx	Rx noodmedicatie, gebruik UC
<input type="checkbox"/> Gamunex 10%	- 6x tavegyl tablet 1 m
<input type="checkbox"/> Heparine 1000IE/10ml en	- Prednisolon 25 mg solvens
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9% miniplasco 10 ml	- NaCl 0,9% 1000ml
<input type="checkbox"/> Glucose 5%	- Epipen/Epipen junior

Dosering..... gram

Behandeling dag(en) - per... week/weken Datum laatste ziekenhuisbehandeling
Toedieningsduur..... uur/per behandeling

<input type="checkbox"/> Asena GW pomp +infuuspaal	
<input type="checkbox"/> Startpakket IV	
<input type="checkbox"/> Startpakket port-a-cath	
<input type="checkbox"/> Patient heeft port-a-cath	Duur behandeling.....maanden
<input type="checkbox"/> Patient heeft meerdaagse behandeling	

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 immunoglobuline. Bij deze wil ik u verzoeken een machtiging te verstrekken voor de thuisbehandeling met bovenstaande medicatie waarbij de ziekenhuisbehandeling komt te vervallen.