

## Verzoek tot het uitvoeren van verpleegkundige en/ of risicovolle c.q. voorbehouden handelingen

Gegevens opdrachtgever: (huis) arts	
Naam	
Specialisme	AGB:
Telefoonnummer	
Datum consult cliënt	

### Verzoekt onderstaande verpleegkundige en/ of risicovolle c.q. voorbehouden handeling uit te voeren bij cliënt:

Clientgegevens: (of kopie ziekenhuispasje)	
Voorletters:	BSN:
Naam incl. geboortenaam:	Naam en tel. Apotheek:
Adres, Postcode, Plaats:	Verzekeraar: Polisnummer:
Geboortedatum:    /    /	
Diagnose:	
Diagnose:	
Complicaties/ bijzonderheden:	
Beschrijving opdracht:	
Handeling: Alle <b>niet</b> medicatie en/ of infuus gerelateerde handelingen. (aanvinken wat van toepassing is)	<input type="checkbox"/> Inbrengen katheter: verblijfs/ eenmalig <input type="checkbox"/> Verwisselen suprapub. katheter <input type="checkbox"/> Verwisselen PEG sonde <input type="checkbox"/> Inbrengen neus- maagsonde <input type="checkbox"/> Stoma zorg <input type="checkbox"/> Rectaal laxeren <input type="checkbox"/> Wondzorg <input type="checkbox"/> Drain: soort..... <input type="checkbox"/> Trachea stoma zorg <input type="checkbox"/> Zuurstof <input type="checkbox"/> Uitzuigen <input type="checkbox"/> Peritoneaal dialyse <input type="checkbox"/> Anders nl:
Datum ingang:    /    /20	
Frequentie:    X per dag/ week/ maand *	
Duur van de handeling    uur    minuten	
Stop datum:    /    20	

<b>Behandelplan</b>	
Benodigde materialen zijn ingevuld op ZN formulier <input type="checkbox"/>	
<b>Geldigheidsduur * ALTIJD 1 VAN DE 3 AANVINKEN ANDERS IS HET UITVOERINGSVERZOEK NIET GELDIG!</b>	
<input type="checkbox"/> Geldigheidsduur komt overeen met bovengenoemde stopdatum <input type="checkbox"/> Uitvoeringsverzoek is 12 maanden geldig <input type="checkbox"/> Anders nl: ___/___/20__	
De handeling wordt uitgevoerd conform protocollen van Vilans, waarin de contra-indicaties en de mogelijke complicaties zijn beschreven. Er zijn door de opdrachtgever geen contra-indicaties geconstateerd voor de uitvoering van de handeling bij de cliënt.	
Indien de huisarts niet de opdrachtgever is, is hij/zij door de opdrachtgever geïnformeerd over de handeling.	
Specifieke aanwijzing:	
<b>Uitvoering</b>	
<b>Op basis van ZVW/AWBZ:</b> <input type="checkbox"/> Aangezien er geen sprake is van MSVT of sprake is van verpleging i.v.m. thuisbeademing, Palliatieve Terminale zorg (PTZ) of bij kinderen tot 18 jaar. Er wordt een indicatie aangevraagd bij het CIZ/Wijkvbk. Aangevraagd ZVW/AWBZ indicatie:.....	
<b>Op basis van MSVT:</b> <input type="checkbox"/> (Medisch Specialistische Verpleging in de thuissituatie) <input type="checkbox"/> Hoog complexe zorg : Gespecialiseerd team vereist. <input type="checkbox"/> Laag complexe zorg : Verpleging kan geleverd worden door regulier verpleegkundigen	
De handeling zal worden uitgevoerd door: ExperTcare BV. Perkinsbaan 14, 3439 ND, Nieuwegein KiZo fax: 030 - 600 87 29	Anders namelijk:

**Handtekening opdrachtgever:**
**datum ondertekening:.....-.....-20...**