|  |
| --- |
|  **Ondergetekende arts verzoekt machtiging ten behoeve van:** |
| Naam, voorletters cliënt | : |  |
| Adres | : |  |
| Postcode + woonplaats | : |  |
| Telefoon  | : |  |
| Geboortedatum | : |  |
| BSN  | : |  |
| Zorgverzekeraar + polisno. | : |  |  |
| Apotheek + tel | : |  |  |
| Huisarts + tel |  |  |  |
| Betreft: **aanvraag vergoeding thuisbehandeling** |
| Diagnose, Indicatie | : |  |
| Behandeling | : |  |
| Medicament (evt.) | : | Dormicum  |
| Dosering | : |  mg/u |
| Extra dosis | : |  mg/60 minuten |
|  | : | Ophogen 50% per order arts indien onvoldoende resultaat. |
|  | : |  |
| Toelichting (complicaties) | : | **Tevens inbrengen verblijfscatheter ja/nee** |
| Geldigheidsduur | : | Zo lang als nodig is  |

|  |
| --- |
| Type pomp + materialen waarvoor vergoeding wordt aangevraagd: Cadd PCA |
| Pompnummer (indien v toepassing) | : |  |
| Aanvang behandeling | : |  |
| Duur van de behandeling | : | Zo lang als nodig is  |  |
|  |
| Wij verzoeken u een machtiging te verlenen voor deze thuisbehandeling |
| Datum | : |  |
| Naam + handtekening | : |  |
| Telefoon- en faxnummer | : |  | Fax  |
| AGB-code arts | : |  |  |