|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | : |  |  | |