



**Uitvoeringsverzoek / Opdrachtformulier inzet medisch-specialistische verpleging thuis**

**ZIEKENHUIS .....**

**AGB ZIEKENHUIS: .....**

<b>Cliëntgegevens (of kopie ziekenhuispasje)</b>	
Voorletters	
Naam incl. geboortenaam	
Geboortedatum	
Adres, postcode, plaats	
BSN	
Naam en tel. Huisarts	
Naam en tel. apotheek	
Verzekeraar + Uzovi	
Polisnummer	

<b>Gegevens medisch specialist</b>			
Naam			
Specialisme		AGB-code	
Telefoon/zoemer			
Datum opname			
Datum polibezoek			

<b>Indicatie / werkopdracht - Behandeling</b>	
Diagnose of indicatie voor de handeling	
Aard van de handeling	
Evt. complicaties of bijzonderheden	
benodigde medicatie, dosering, inlooptijd, oplosvloeistof en hulpmiddelen (pomp)	
Evt. bijwerking(en)	

<b>Indicatie/ werkopdracht – frequentie, duur en tijd</b>	
Frequentie	_____ x per dag / week / maand <i>(n.v.t. doorstrepen)</i>
Dosering per keer / tijdstippen	
Verwachte duur	startdatum:
	einddatum: <i>(max. duur 3 maanden; daarna herevaluatie)</i>
Indicatie tijd per keer	..... minuten per keer <i>(afronden op 5 minuten)</i>

**VERKLARING OPDRACHTGEVENDE SPECIALIST**

Ondergetekende verklaart verantwoordelijk te zijn voor de behandeling thuis en voor de hierboven omschreven inzet van zorg in de thuissituatie **JA / NEE\***

datum

Handtekening:

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - 20\_\_

\* Indien de specialist hier Nee aangeeft, wordt aangenomen dat de zorg is overgedragen aan de huisarts

**Zorg routing***In te vullen door **Transferverpleegkundige / ontslagbureau***

Zorg geïndiceerd als:

O **AWBZ**, 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.

Aangevraagde AWBZ-indicatie: \_\_\_\_\_

O **MSVT** (Medisch Specialistische Verpleging in de Thuissituatie)

O Hoog complexe zorg\*\* → Gespecialiseerd verpleegkundig team vereist

O Laag complexe zorg\*\* → Verpleging kan geleverd worden door regulier verpleegteam

\*\* zie lijst van handelingen: infusietherapie thuis

Leverende organisatie

Zorgfront\_\_\_\_\_Handtekening: