

Recept+uitvoeringsverzoek maaghevel / sondevoeding

naam: m / v

geb.datum:

telefoonnr:

adres:

postcode:

woonplaats:

BSN nr:

(of sticker ponsplaatje)

Huisarts/specialist/VS/PA*	
Telefoonnummer	
Mobiel bereikbaar van ... tot... uur	06-
Huisartsen post	026-3899696

Aanvraag gegevens:

Aanvraag datum:

Levering:

Start / Vervolglevering *

Datum / tijdstip start:

per direct/anders*; namelijk per

Thuiszorg organisatie:

*

Tel.nr:

Bij een start deze aanvraag versturen naar vaste apotheek van patiënt of dienstapotheek en tevens telefonisch afspraak maken over levering:

- Tijdens kantooruren bellen naar vaste apotheek van patiënt.
- Tijdens diensturen bellen naar dienstapotheek: 026 – 2020 800; mailadres Dienstapotheek Arnhem Noord: daonoord@ezorg.nl

Diagnose en indicatie**Complicaties of aandachtspunten:****Uitvoeringsverzoek**

- o Neusmaagsonde inbrengen****
- o Sondevoeding toedienen****
- o Maaghevel inbrengen

R/

Artikel tbv maaghevel	ZI-nummer**	Aantal***
maaghevel salem pvc CH16 120 cm	13787136	
fixatiepleister neussonde, bv niko nasofix	13918265	
of: hechtpleister rol 2,5 cm breed, bv leukosilk	oa 12201049	
pH-indicator papiertjes , bv brocacef supplies & services	–	
spuiten 10 ml luerlock, bv BD plastipak	oa 12502855	
spuit 60 ml cathetertip, bv codan 50/60 ct	oa 14894696	
nacht-zakken 1,5ltr, bv Curion 2057	oa 15948528	
Bedhanger, bv van Heek	oa 15684482	
catheterstopjes, bv Curion 8403	oa 14327953	
celstofmatjes/wondvocht-opvangdoeken of onderleggers 60x60cm of 60x90cm	oa 15136728	

* doorstrepen wat niet van toepassing is.

** oa betekent dat een ander merk akkoord is, mits het voldoet aan de voorwaarden.

*** svp aantallen bepalen in overleg met thuiszorg

**** artikelen tbv sondevoeding via sondevoedingleverancier

Datum voorschrijven:

Paraaf voorschrijver: