

## FOR Uitvoeringsverzoek tot voorbehouden en risicovolle handelingen

De aanvragend arts	Cliëntgegevens
Naam: .....	Naam: .....M/V
Praktijkadres: .....	Adres: .....
Tel.nr.: .....	Postcode en paats: .....
Startdatum: .....	Tel. nr.: .....Geb. Datum: .....
Eind/of evaluatie datum: .....	BSN: .....
	Verzekeraar en polisnr.: .....
Gegevens apotheek	
Naam: .....	Medische diagnose: .....
Tel.nr.: .....	.....
Nadere gegevens (door arts in te vullen)	
1. Indicatie/aanleiding: .....	
2. Naam van de medische handeling: .....	
- Frequentie waarop de handeling uitgevoerd dient te worden: .....	
Indien van toepassing:	
- Naam medicijn, vloeistof: .....	
- Dosering per keer: .....	
- Wijze van toediening: i.m. s.c. i.v. Anders, nl. ....	
Eventuele cliëntgebonden afspraken/complicaties/bijwerkingen: .....	
.....	
Instructie aan mantelzorg van de volgende handeling(en) .....	
Handtekening aanvragend arts:	Naam en handtekening verpleegkundige / verzorgende die uitvoeringsverzoek accepteert:
	.....
	.....
	Indien niet akkoord, telefonisch contact met huisarts
Voor de zorginstelling maakt het uitvoeringsverzoek deel uit van het zorgdossier dat min. 20 jaar na beëindigen van de zorg wordt bewaard door de zorginstelling.	