

Dit formulier dient u te faxen naar 2care: **030 – 666 62 78**

Het origineel in de antwoordenvelop na sturen!

Alle zorgverzekeringen

Patiëntgegevens

Naam : _____ M / V

Geboortedatum : _____

Adres : _____

Postcode / plaats : _____

Telefoonnummer : _____

Evt mob. nummer : _____

Zorgverzekeraar : _____

Polisnr. : _____

Naam apotheek : _____

Plaats apotheek : _____

Hierbij vraag ik 2care het volgende te doen:

- Uit mijn naam de machtiging te verzorgen bij de zorgverzekeraar van deze patiënt.
- Injectieservice voor deze patiënt te verzorgen.
- Dit formulier is tevens een uitvoeringsverzoek voor medisch handelen zoals beschreven in protocol 2C001. Het uitvoeringsverzoek is op de achterzijde van dit formulier opgenomen. Ik heb dit uitvoeringsverzoek gelezen en verklaar mij hiermee akkoord.
- De apotheek te vragen voor deze patiënt onderstaand recept af te leveren.

Recept voor Apotheek

R/ AranespSureClick _____ µg Start Hb: _____ mmol/l

S/

Totaal aantal injecties: _____

Invullen t.b.v. zorgverzekeraar: Artsverklaring darbepoëtine alfa

* = vergoedingscode

Kruis maximaal 1 optie aan, toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig. Ondergetekende, medisch specialist, heeft darbepoëtine alfa voorgeschreven

1 voor een indicatie waarvoor het geneesmiddel krachtens de Wet op Geneesmiddelenvoorziening is geregistreerd, te weten:

1a ter behandeling van renale anemie bij dialysepatiënten (volwassenen en kinderen vanaf 11 jaar)	Ja <input type="checkbox"/>	* XZ	Nee, ga naar 1b	
1b ter behandeling van symptomatische renale anemie bij predialysepatiënten	Ja <input type="checkbox"/>	* 12	Nee, ga naar 1c	
1c ter behandeling van symptomatische anemie bij volwassen kankerpatiënten met non-myeloïde maligniteiten die chemotherapie toegediend krijgen	Ja <input type="checkbox"/>	* 06	Nee, ga naar 2	

2 voor een niet-geregistreerde indicatie, te weten:

2a bij myelodysplastisch syndroom (MDS)	Ja, ga naar 2b	* nvt	Nee, ga naar 2c	
2b bij myelodysplastisch syndroom (MDS) type RA, RARS of RAEB	Ja <input type="checkbox"/>	* 06	Nee, ander type <input type="checkbox"/>	* X0
2c bij reumatoïde artritis	Ja <input type="checkbox"/>	* X0	Nee, ga naar 2d	
2d bij anemie bij HIV infectie	Ja <input type="checkbox"/>	* X0	Nee, andere indicatie <input type="checkbox"/>	* X0

Gegevens aanvragend arts; ik heb dit formulier naar waarheid ingevuld

Naam Instelling : AMC - Amsterdam

Naam behandelend arts : _____

Telefoon : _____ Sein : _____

Datum : _____

Handtekening : _____

Naam contactpersoon : polikliniek oncologie

Telefoon contactpersoon : _____

E-mail : _____

In te vullen door apotheek

Het voorgeschreven geneesmiddel is o.b.v. bovenstaande artsverklaring en de bijbehorende apotheekinstructie:

- a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
- b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar
- c) NIET afgeleverd

AGB-code apotheek: _____

datum: _____

handtekening
apotheek: _____



Dit formulier dient u te faxen naar Medizorg: **030 – 666 62 78**

Het origineel opsturen naar Medizorg tav 2care, Antwoordnummer 7148, 3990 TC HOUTEN

Patiëntgegevens

Naam :		M / V
Geboortedatum :		
Adres :		
Postcode / woonplaats :		
Telefoonnummer :		
Mobiel nummer :		
E-mailadres :		
Zorgverzekeraar :		
Polisnr. :		
Naam apotheek :		
Plaats apotheek :		

Hierbij vraag ik 2care het volgende te doen:

Uit mijn naam de machtiging te verzorgen bij de zorgverzekeraar van deze patiënt.

Injectieservice voor deze patiënt te verzorgen.

Dit formulier is tevens een uitvoeringsverzoek voor medisch handelen zoals beschreven in protocol 2C001. Het uitvoeringsverzoek is op de achterzijde van dit formulier opgenomen. Ik heb dit uitvoeringsverzoek gelezen en verklaar mij hiermee akkoord.

De apotheek te vragen voor deze patiënt onderstaand recept af te leveren.

Recept voor Apotheek

R/ Neulasta 6 mg

S/

Totaal aantal injecties: _____

Gewenste datum 1^e toediening Neulasta: _____

Geplande interval tussen kuren: _____ weken

Aanvullende informatie

Tumortype:

- Borstkanker
 Non-Hodgkinlymfoom
 Longkanker
 Multipel myeloom
 Anders, namelijk:

Invullen t.b.v. zorgverzekeraar: Artsenverklaring/Aanvraag vergoeding G-CSF

Ondergetekende, medisch specialist, heeft aan bovengenoemde verzekerde G-CSF voorgeschreven

1 ter mobilisatie van perifere bloedvoorlopercellen in het kader van stamceltransplantatie

JA NEE, ga naar 2

2 voor een andere indicatie waarvoor het geneesmiddel krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening is geregistreerd, te weten:

- ter reductie van de duur van neutropenie en van de incidentie van febriële neutropenie, bij behandeling met gangbare cytotoxische chemotherapeutica van niet-myeloïde maligniteiten,
- ter reductie van de duur van neutropenie bij myeloablatieve behandeling gevolgd door beenmergtransplantatie, indien een verhoogd risico van langdurige ernstige neutropenie wordt verondersteld,
- behandeling van aanhoudende neutropenie ($ANC \leq 1 \times 10^9/l$) bij HIV-infectie in een vergevorderd stadium, indien andere opties om neutropenie te behandelen ongeschikt zijn,
- langdurige toepassing bij congenitale, cyclische of idiopathische neutropenie met een $ANC \leq 0,5 \times 10^9/l$ en met ernstige of recidiverende infecties in de anamnese.

2a EN waarbij verzekerde wordt behandeld met cytostatica voor een kwaadaardige aandoening

JA NEE, ga naar 2b

2b EN waarbij verzekerde wordt behandeld met ganciclovir voor een cytomegalovirus retinitis als gevolg van AIDS

JA NEE, ga naar 3

3 ter behandeling van een ernstige congenitale, cyclische of idiopathische neutropenie

JA NEE, ga naar 4

4 ter behandeling van agranulocytose ten gevolge van geneesmiddelbehandeling

JA NEE, ga naar 5

5 ter behandeling van myelodysplastisch syndroom (MDS)

JA, ga naar 6 NEE, andere indicatie*

6 type RA, RARS, RAEB

JA NEE, ander type

Gegevens aanvragend arts; ik heb dit formulier naar waarheid ingevuld

Naam instelling : AMC - Amsterdam

Naam behandelend arts :

Telefoon :

Sein :

Datum :

Handtekening arts :

Naam contactpersoon : polikliniek oncologie

Telefoon contactpersoon : 020 - 566 88 19

E-mail :

In te vullen door apotheek

Het voorgeschreven geneesmiddel is o.b.v. bovenstaande artsverklaring en de bijbehorende apotheekinstructie:

- a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
 b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar
 c) NIET afgeleverd

AGB-code apotheek: _____

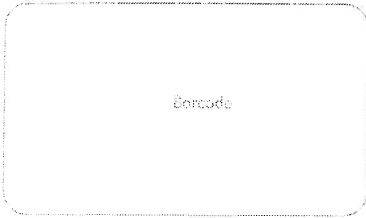
Datum: _____

Handtekening apotheek: _____



Gevraagde informatie is niet verplicht om in te vullen

2care is een samenwerkingsverband van Amgen B.V. en Medizorg Services B.V.



Barcode



Academisch Medisch Centrum
Universiteit van Amsterdam
Pathologie
H.2-105

Aanvraag

- histologisch onderzoek
- cytologisch onderzoek

pat. nr.
geb. datum

m/v
naam

voornamen

adres

woonplaats
postcode

verz. inst.
polisnr.

huisarts
adres

Afdeling (verplicht) 	Naam aanvrager (verplicht)	Telefoon/sein (verplicht)
Datum van afname 	Heeft er eerder een histologisch of cytologisch onderzoek plaatsgevonden, zo ja, waar en onder welk nummer	Betalende instantie
Aard materiaal		

Voorgeschiedenis en klinische gegevens

Differentiaal diagnose en vraagstelling

Aanvullende gegevens

Extra copie zenden aan:

Vriescoupe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Sein Tel. OK	Nummer pathologie
Wijze van aanleveren <input type="checkbox"/> Vers <input type="checkbox"/> Formaline <input type="checkbox"/> NaCl		



Academisch Medisch Centrum
Universiteit van Amsterdam

Radiologie

Telefoon 020 56 65765

Fax 020 56 69589

Informatie: <http://www.amc.nl/radiologie>

Intranet: <http://intranet/radiologie>

Patiëntgegevens

Naam aanvrager

Onvolledig ingevulde aanvragen worden niet in behandeling genomen

Telefoon/sein	Afdeling/polikliniek	Datum aanvraag	Datum uitslag	Datum/tijd afspraak radiologie
---------------	----------------------	----------------	---------------	--------------------------------

Handtekening aanvrager	Bijzonderheden
------------------------	----------------

Klinische informatie

Vraagstelling

Gevraagd onderzoek

Invullen bij toediening van intravasculair jodiumhoudend contrastmiddel (CT/Angiografie, indien ≥ 18 jaar)*

* op IC en bij acute situatie SEH onderstaande vragen overslaan

Bekend eGFR _____ ml/min/1,73 m² Datum _____
(datum < 12 mnd; bij nierziekten, eGFR < 60 of risicofactoren: < 3 mnd)

eGFR heden aangevraagd

M. Kahler/ M. Waldenström (lichte ketens in urine)

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Als eGFR < 60ml/min/1,73m² of nog niet bekend is onderstaande gegevens invullen

	JA	NEE
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartfalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perifeer vaatlijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dehydratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leeftijd > 75 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptomatische hypotensie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemie (Ht man: 0.39 l/l en vrouw: 0.36 l/l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefrotoxische medicatie (bv diuretica, NSAID's)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toediening jodiumhoudend contrastmiddel < 24 uur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maatregelen tegen contrast-geïnduceerde nefropathie (CIN)

(informatie z.o.z.)

- geen voorbereiding nodig
 voorbereiding onder verantwoordelijkheid van aanvrager

Telefoonnummer i.g.v. dagopname _____

Maatregelen tegen contrastreactie (CT/MRI/Angiografie)

(informatie z.o.z.)

- Geen contrastreactie in VG
 Lichte contrastreactie in VG
 Matig ernstige contrastreactie in VG
 Ernstige contrastreactie in VG

MRI Contra-indicaties (absoluut en relatief)

	JA	NEE
Ferromagnetische, elektrische, mechanische implantaten:		
- pacemaker / ICD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- neurostimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- insuline pomp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- binnenoorimplantaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalen protheses van voor 1995	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intracranieële clips geïmplanteerd voor 1995	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metaalbewerker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij "ja" VOORAF een X-schedel verrichten		
Zwangerschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claustrofobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Academisch Medisch Centrum

Universiteit van Amsterdam

**Poliklinisch
Intercollegiaal consult**

Aanvraag aan

Geachte collega,

Bovengenoemd intercollegiaal consult werd door mij aangevraagd wegens:

Vraagstelling aan de consulent

datum	polikliniek	telefoon	naam aanvragend arts	sein
-------	-------------	----------	----------------------	------

Bevindingen consulent

Advies

datum	naam consulent	telefoon	handtekening	sein
-------	----------------	----------	--------------	------

Gezien het advies van de consulent

- verwijzen wij de patiënt voor deze probleemstelling naar u terug
- is geen follow-up door genoemd consulent nodig
- adviseren wij u patiënt naar de polikliniek _____ te verwijzen
- gezien het spoedeisende karakter voor dit consult heb ik reeds een voorlopige afspraak gemaakt d.d. _____
- _____

Met collegiale hoogachting,