

AANMELDFORMULIER

Zometa®

PATIËNTGEGEVENS

Naam: M / V
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Telefoonnummer:
E-mail:
Geboortedatum:
Zorgverzekeraar:
Polisnummer:
BSN nummer:
Patiëntnummer:
Medische indicatie:

Op het verwerken van de patiëntgegevens is de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) van toepassing. Dit betekent dat de privacy van de patiënt gewaarborgd is. De patiëntgegevens zullen worden gehanteerd met inachtneming van de WBP. De patiënt is door mij geïnformeerd over de behandeling en het verwerken van diens persoonsgegevens en heeft hiervoor mondeling toestemming gegeven.

HUISARTS

Naam:
Telefoonnummer:

GEGEVENS BEHANDELAAR EN UITVOERINGSVERZOEK

Hierbij geeft ondergetekende toestemming het omschreven geneesmiddel toe te dienen bij de aangegeven patiënt.

Naam arts:

Handtekening:

Dit formulier is een uitvoeringsverzoek voor de medische handeling als beschreven in protocol. Deze is als bijlage van dit formulier opgenomen door de (mede)behandelaar. Als behandelaar verklaart u zich door middel van ondertekening akkoord dat volgens dit protocol behandeld wordt. Op dit uitvoeringsverzoek medisch handelen is de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) van toepassing.

VOOR DE AANVRAGER

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en faxen naar:

Eurocept Homecare
Faxnummer: 035-5424086
Het origineel sturen naar:
Eurocept Homecare
Antwoordnummer 1062
1200 WB HILVERSUM

Alleen voor de zorgverzekeraar

Gelieve machtigingsnummer voor de behandeling met de Rythmic Plus pomp te faxen naar:
faxnummer 035-5424086.

Machtigingsnummer:

APOTHEEKGEGEVENS

Naam:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Telefoonnummer:
Faxnummer:

RECEPT Zometa®

Ziekenhuis:
Specialisme:
Naam arts:
Telefoonnummer:
Sein: Datum: / /

R/ Zometa® 4 mg/100 ml i.v.
1 x per weken
1 x NaCl 0,9% i.v. 100 ml

Iter: x herhalen

geldig tot:

Naam patient:
Geboortedatum:

Handtekening arts: