



Gegevens Cliënt

Naam (man/vrouw)* :
 Adres :
 Postcode/Woonplaats :
 Telefoon :
 Geboortedatum :
 Zorgverzekeraar : Polisnummer:

Aanvraag reeds bij zorgverzekeraar: ja/nee*

Ziektebeeld : Therapie start / ontslag*:-.....-.....'
 Mate van mobiliteit :

Thuiszorg ingeschakeld? ja/nee* zo ja, naam thuiszorg:
 contactpersoon: tel./sein:-.....
 Instructie gewenst? ja/nee*

Benodigde materialen

- Bewakingsmonitor voor saturatie / ECG / apneu*
- CPM motorslede voor knie / enkel / schouder / elleboog / hand*
- Infuuspomp type: Infuusstandaard nodig: ja/nee*
 - Toedieningsweg: subcutaan / perifeer intraveneus / CVC / poort / spinaal*
 - Toedieningswijze: continu / intermitterend / pca / TPV / circadiaal*
 - Toedieningssnelheid: ml/uur Volume per 24 uur: ml
 - Naald (soort en maat):
- Lymfoedeem apparaat manchet: maat:
- Uitzuigapparaat voor maagdrainage / slijmafzuiging / thoraxdrainage*
- Vernevelaar medicatie / vocht*:
- Zuurstof aantal l/min: uren/etmaal:
- Andere apparatuur

Voor een compleet overzicht van de therapieën die Farmadomo kan verzorgen zie www.farmadomo.com

* doorhalen wat niet van toepassing is

Overige materialen	Opmerkingen

Gegevens voorschrijver(s)

Ziekenhuis/Instelling : Plaats:
 Adres :
 Arts : AGB: Tel./sein:-.....
 Verpleegkundige : Tel./sein:-.....
 Handtekening :

opsturen naar: Postbus 28, 5390 AA Nuland
 of faxen naar: 088-3276277
 na ontvangst neemt Farmadomo uw aanvraag zo snel mogelijk in behandeling

