

Opdracht tot uitvoeren van medische handelingen

T.a.v. Wijkverpleging

Tel: 085-301 95 44

Mobiel: 06-1511 2339

Email: welkom@zorgxperts.nl

Gegevens patiënt

Voornaam: _____

Achternaam: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

BSN: _____

Ziektekostenverzekering: _____

Polis: _____

Email: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Indicatie / werkopdracht - behandeling

Diagnose of indicatie voor de behandeling (omschrijving): _____

Handelingen

Vorbehouden handelingen (frequentie): _____

Andere handelingen (frequentie): _____

Hulpmiddelen

Benodigde hulpmiddelen (maat...): _____

Bijzonderheden (complicaties, bijzonderheden, bijwerkingen...): _____

Verwachte duur

Startdatum: _____ Einddatum:: _____

Indicatie behandelend arts en betrokken organisaties

Naam: _____

Specialisme: _____

Telefoonnummer: _____

De arts/verpleegkundig specialist/PA verzoekt bovenstaande handeling(en) uit te voeren conform afgesproken voorwaarden dan wel de daartoe afgesloten raamovereenkomst.

Gegevens opdrachtgever

Voornaam: _____

Achternaam: _____

Functie: _____

Datum: _____