

AANVRAAG MACHTIGINGSFORMULIER

# Cayston Verneveling

in de thuissituatie

## PATIËNT

Naam \_\_\_\_\_ Voorletters \_\_\_\_\_  M  V  
Adres \_\_\_\_\_ Geboortedatum \_\_\_\_\_  
PC en Plaats \_\_\_\_\_ Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_  
Telefoon \_\_\_\_\_ BSN \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Polisnummer \_\_\_\_\_  
Afleveradres  Thuis (zie boven) Adres \_\_\_\_\_  
 Anders (zie hiernaast) PC en Plaats \_\_\_\_\_

## MEDISCHE INDICATIE

Indicatie Chronische PA infectie  
Geneesmiddel Cayston (aztreonam lysine 75 mg poeder en oplosmiddel voor verneveloplossing)  
Vernevelrequentie 3 x per dag  
Aantal verpakkingen \_\_\_\_\_

## BENODIGDE VERNEVELAPPARATUUR EN TOEBEHOREN

Vernevelaar: Altera  
Altera controller/base unit  nodig  niet nodig  
Desinfectiemiddelen  
 1710, Desinfecteerbakje klein  
 1705, Alcohol 70% geketoneerd, 1 liter  
 1711, Desinfecteerbakje groot  
 1701, Actid, set à 2 flessen en 1 sproeikop

## GEGEVENS VOORSCHRIJVER

Ziekenhuis \_\_\_\_\_ Klantnummer \_\_\_\_\_  
Naam contactpersoon \_\_\_\_\_ Functie \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_  
PC en Plaats \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Handtekening \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

INSTRUCTIE OP AFLEVERADRES DOOR EEN VERPLEEGKUNDIGE VAN ROMEDIC.

## OPMERKINGEN:

Aanvraag machtigingen moeten altijd ondertekend worden door een daartoe bevoegd persoon. Indien u niet tekenbevoegd bent, verzoeken wij u de ondertekende aanvraag uiterlijk binnen 7 dagen aan ons toe te sturen. Het aanleveren van een kopie van het bijbehorende en geldige uitvoeringsverzoek, met verwijzing naar de desbetreffende patiënt, is tevens afdoende.