

PATIËNTGEGEVENS

Naam:..... M / V
Adres:
Postcode:.....
Woonplaats:
Telefoonnummer:
Geboortedatum:
Zorgverzekeraar:
Polisnummer:
BSN nummer:.....
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 behandeld met inachtneming van de WBP. De patiënt is door mij geïnformeerd over de behandeling en het verwerken van diens persoonsgegevens heeft hiervoor mondeling toestemming gegeven.

RECEPT URACYST®

Instelling:
Specialist:
Telefoonnummer:
Sein: Datum:

Uracyst®, chondroïne sulfaat 2%, 20ml

- spoeling(en) per week gedurende ... weken
daarna
- spoeling(en) per maand gedurende ... maanden

Merk/Type Catheter: LUER LOCK

- Lofric Insti-cath Nelaton
- Lofric Insti-cath Female

Charrière katheter: CH

Naam patiënt:
Geboortedatum:

VOOR DE AANVRAGER

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en faxen naar:
Eurocept Homecare
Faxnummer: 035-5424086.

Gelieve het origineel te sturen naar*:
Eurocept Homecare,
Antwoordnummer 1062,
1200 WB Hilversum.

*antwoord enveloppen zijn bijgevoegd in de zorgmap

APOTHEEKGEGEVENS

Naam:
Adres:
Woonplaats:
Telefoonnummer:.....
Faxnummer:

GEGEVENS BEHANDELAAR EN UITVOERINGSVERZOEK

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

Naam:
Specialisme:
Instelling:
Adres:
Woonplaats:
Telefoonnummer:Sein:.....
Faxnummer:
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.

