**Uitvoeringsverzoek** tot voorbehouden handelingen van individuele voorschrijvend behandelaar aan de verpleegkundige verzorgende omtrent bepaalde cliënt.

|  |  |
| --- | --- |
| Naam voorschrijver |  |
| Praktijkadres |  | Postcode en plaats |  |
| Telefoonnummer |  | Faxnummer |  |
| E-mail |  | Buiten kantooruren |  |

|  |
| --- |
| **Verzoekt de zorginstelling:** |
| Naam organisatie | Omring Thuiszorg  |
| Vertegenwoordigd door | Gespecialiseerd verpleegkundige TTH Omring |
| NaamMTH team |  | Adres en telefoonnummer | Nieuwe Steen 361625 HV Hoorn |
|  |
| **Ten behoeve van cliënt:** |
| Naam |  |  |  |
| Adres |  | Geboortedatum |  |
| Postcode en plaats |  | Telefoonnummer |  |

|  |
| --- |
| Onderstaande handeling uit te voeren in het kader van de daartoe afgesloten ‘raamovereenkomst voorbehouden en risicovolle handelingen’ dan wel conform het daartoe opgestelde protocol |

|  |
| --- |
| **Nadere gegeven (door de opdrachtgever in te vullen):** |
| 1 | Diagnose/ indicatie/aanleiding :  |
| 2 | Uit te voeren handeling |  |
| 3 | Nadere specificatie van de behandeling |  |
| 4 | Medicatie – naam geneesmiddel:(*Conform Toedienlijst, aangeleverd door apotheker, voor meest actuele medicatie-informatie*) |  |
| 5 | Dosering + Sterkte + wijze van toedienen |  |
| 6 | Tijdstip(pen) waarop de behandeling uitgevoerd dient te worden |  |
| 7 | Startdatum en eventuele stopdatum | Startdatum: Einddatum:  |
| 8 | Aanvullende cliëntgebonden informatieAfspraken/Complicaties/Bijwerkingen/Bijzonderheden | - |
| **Handtekening opdrachtgever (voorschrijver)** |
| Plaats: Handtekening:  |  |

|  |
| --- |
| **Handtekening namens de zorginstelling** |
| Plaats: | Datum:  |
| Indien het uitvoeringsverzoek niet kan worden geaccepteerd, hieronder de redenen vermelden en onmiddellijk contact opnemen met de opdrachtgever (voorschrijver) |

Gegevens Team technisch handelen Westfriesland

Email : tzttechnischhandelen.wf@omring.nl

Fax: : 0229-291837

Telefoon : 0229-709013