



Uitvoeringsverzoek tot voorbehouden handelingen¹

Naam arts/VS/PA: _____
Praktijkadres: _____
Postcode en plaats: _____
Telefoon: _____ Buiten kantooruren: _____
E-mail: _____

Naam organisatie: _____ Vertegenwoordiger: _____
Adres: _____
Telefoon: _____

Naam cliënt: _____ Man Vrouw*
Geboortedatum: _____
Adres: _____ Huisnummer: _____
Postcode en plaats: _____ Telefoon: _____

Nadere gegevens (door de opdrachtgever (arts, of VS/PA) in te vullen)

1. Diagnose/indicatie/aanleiding
2. Uit te voeren handeling
3. Medicatie – naam geneesmiddel
(conform Toedienlijst, aangeleverd door apotheker, voor meest actuele medicatie-informatie)
4. Tijdstippen uit te voeren handeling
5. Geldigheidsduur van de opdracht
6. Aanvullende cliëntgebonden informatie

Ondertekening

Het uitvoeringsverzoek kan wel/ niet* geaccepteerd worden door de zorginstelling.

Indien het uitvoeringsverzoek niet kan worden geaccepteerd, hieronder de reden vermelden en onmiddellijk contact opnemen met de opdrachtgever (arts of VS/PA).

Handtekening opdrachtgever (arts of VS/PA):

Handtekening zorginstelling:

Datum: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Plaats: _____

*aankruisen wat van toepassing is

¹ Deze overeenkomst geldt voor voorbehouden en risicovolle handelingen, opgenomen in een bijlage bij deze overeenkomst.