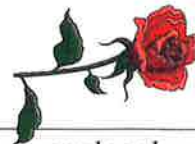


Uitvoeringsverzoek tot medisch handelen/wijziging

Stichting

ROZA



zorg

De (huis)arts (of diens waarnemer) van de patiënt verzoekt verpleegkundig beroepsbeoefenaar of diens leidinggevende

Naam:

Naam:

Praktijkadres:

Werkadres:

Jasonstraat 52

Telefoon:

Telefoon:

020-6108555

Plaats:

Plaats:

Amsterdam

E-mailadres:

Ten behoeve van patiënt

Naam:

Geboortedatum:

Geslacht man / vrouw

Adres:

Plaats:

Telefoon:

Onderstaande medische handeling uit te voeren in het kader van de daartoe afgesloten 'Raamovereenkomst Medisch Handelen' (conform de daartoe opgestelde protocollen).

Nadere gegevens (door de arts in te vullen):

1. Indicatie/aanleiding:

2. Naam van de medische handeling:

3. Tijdstip(pen) waarop de handeling uitgevoerd dient te worden:

4. Geldigheidsduur van de opdracht:

5. Nadere specificatie van de handeling:

6. Medicijnen/vloeistof naam:

exacte dosering per keer

7. Eventuele patiëntgebonden complicaties/bijwerkingen

8. Andere in dit verband relevant geachte gegevens:

Dagtekening:

Handtekening arts: