

**Medische indicatie met betrekking tot aanvraag thuiszorg**

Door middel van dit formulier wordt er een verzoek gedaan bij de zorgverzekeraar, namens de cliënt, om in aanmerking te komen voor thuiszorg, uitgevoerd door Quality Care Thuiszorg.

<b>Personalia</b>	
Naam:	
Voornaam:	
Adres:	
Telefoonnummer:	
Mobiel:	
Geslacht:	
Geboorte datum:	
Burgerlijke staat:	

<b>Zorgverzekering</b>		
<input type="checkbox"/> Basiszorgverzekering Staats ziekenfonds (SVBZV)	Polisnummer:	
<input type="checkbox"/> Staats ziekenfonds (SZF)	Polisnummer:	
<input type="checkbox"/> Self Reliance particulier (PZS)	Polisnummer:	
<input type="checkbox"/> Basiszorgverzekering Assuria (Azpas BZV)	Polisnummer:	
<input type="checkbox"/> Assuria particulier (Azpas)	Polisnummer:	
<input type="checkbox"/> Bedrijfsverzekering via.....	Polisnummer:	
Geldige zorgverzekering	Tot en met:	

<b>Behandelend specialist</b>	
Naam:	
Specialisme:	
Ziekenhuis:	
Telefoonnummer:	

**In te vullen door specialist /huisarts**

**Diagnose**

Blank area for diagnosis.

**Prognose**

Blank area for prognosis.

**Aanbeveling met betrekking tot thuiszorg**

- Verpleging
- Verpleging + wond verzorging
- Verpleging + orale medicatie uitzetten
- Verpleging + injectie (s.c, i.m, i.v)
- Verpleging + katheter a demeure
- Verpleging + stomazorg
- Verpleging + zuurstof toedienen
- Verpleging + uitvoering van verpleegtechnische handeling, namelijk \_\_\_\_\_
- Palliatieve zorg
- Anders, namelijk \_\_\_\_\_

**Datum & Handtekening en/of stempel van specialist/huisarts**

DATUM:

HANDTEKENING EN/OF STEMPEL SPECIALIST/HUISARTS: