

Met behulp van dit formulier geeft de behandelend arts opdracht tot het uitvoeren van een voorbehouden handeling (één handeling per formulier).

De arts

<i>Stempel arts</i>

Organisatie

Stichting AyganZorg Ukkelstraat 10, 5628TE Eindhoven Tel.nr.:085-3018770 Fax.nr.:040-7370028 E-mail: zoco@aygan-zorg.nl
--

ten behoeve van:

Naam cliënt	M / V
Geboortedatum	
Adres	
Postcode/ Woonplaats	/

verzoekt AyganZorg om onderstaande handeling uit te voeren:

Handeling	
Indicatie / aanleiding	
Frequentie / tijdstippen	
Startdatum en geldigheidsduur verzoek	
Medicament / vloeistof	
Nadere specificatie (bv. Plaats) van behandeling	
Mogelijke bijwerkingen / complicaties	
Opmerkingen	

Dosering graag los mee sturen en niet in dit document beschrijven. Op die manier kan bij een aanpassing in de dosering, dit uitvoeringsverzoek gehandhaafd worden.

Plaats:

Datum:

Handtekening arts

Handtekening voor akkoord opdrachtnemer

Indien de opdracht niet kan worden geaccepteerd, hieronder de reden(en) vermelden en onmiddellijk contact opnemen met de arts.