**Uitvoeringsverzoek Specialistisch Acuut Thuiszorgteam**

Klik of tik om een datum in te voeren.

Naam aanvrager:………………………………………………………………………………..

Functie aanvrager:Huisarts Waarnemend huisarts HAIO

Telefoonnummer aanvrager:………………………………………………………………

**Informatie patiënt**

Geslacht: man vrouw

Naam en voorletters:………………………………………………………………………….

Adres:………………………………………………………………………………………………….

Postcode/plaats:………………………………………………………………………………….

Telefoonnummer patiënt of Contactpersoon:………………………................

BSN nummer:……………………………………………………………………………………….

ID: Rijbewijs Paspoort ID kaart Nummer:……………………………….

Ziektekostenverzekeraar en polisnummer:…………………………………………..

Ziektebeeld:………………………………………………………………………………………….

Medicatiegebruik………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

Huidige situatie:…………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

Prognose: Korter dan twee weken Langer dan twee weken

Is er een thuiszorginstelling aanwezig, zo ja welke: Kies een item.

**Verzoek huisarts:**

Morfine sc. middels CADD pomp

Midazolam sc. middels CADD pomp

Anders nl:……………………………………........................................................

**Advies Consulent:**

Bij pijn of kortademigheid Kies een item.

Bij palliatieve sedatie Kies een item.

Anders: …………………………………………………………………………………………………

Handtekening Aanvrager:………………………………………………………………………….