**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:………………………………………………………………………….