

Aanvraagformulier Totale Parenterale Voeding thuis (TPV)



Dit formulier kunt u mailen naar machtigingen.farmacie@menzis.nl.

Met dit aanvraagformulier vraagt u vanuit het ziekenhuis TPV aan voor de volgende situaties:

- 1) Patiënt is aangewezen op levenslang gebruik van TPV (patiënten worden behandeld in gespecialiseerde centra) of
- 2) Patiënt leidt aan darmfalen en is meer dan 9 maanden aangewezen op TPV thuis of
- 3) Patiënt zit in de laatste levensfase en heeft thuis of in hospice/ELV/GRZ situatie TPV nodig.

Enkel voor bovengenoemde situaties (waarbij een machtiging is aangevraagd en goedgekeurd) vindt separaat vergoeding plaats. Menzis kan toetsen of aan de gestelde indicaties is voldaan.

1. Verzekerde voor wie u TPV aanvraagt

Voorletter(s) en achternaam	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Geboortedatum	<input type="text"/>		
Straatnaam en huisnummer	<input type="text"/>		
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>		
Telefoonnummer	<input type="text"/>		
Verzekerdnummer	<input type="text"/>		

2. Ziekenhuis/zorgverlener

Ziekenhuis	<input type="text"/>
ABG ziekenhuis	<input type="text"/>
Naam behandelend specialist	<input type="text"/>
AGB specialist	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Plaats	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

3. Medische indicatie (aankruisen wat van toepassing is)

- Levenslang gebruik van TPV
- Patiënt leidt aan darmfalen en is meer dan 9 maanden aangewezen op TPV thuis.
- Patiënt zit in de laatste levensfase en heeft thuis of in hospice/ELV/GRZ situatie TPV nodig.

4. Ondertekening

Ik verklaar dat ik dit formulier naar waarheid heb ingevuld:

Datum

Handtekening