

De huisarts (of diens waarnemer)

Naam: _____

Praktijkadres: _____

Plaats: _____

Telefoon: _____

Fax: _____

verzoekt:

Naam: Shiva Zorg

Praktijkadres: St. Anthoniusstraat 1H

Plaats: Nieuw Vennep

Telefoon: 085-0491183

Fax: 0252-862934

Ten behoeve van cliënt :

Naam: _____

BSN: _____

Adres: _____

Plaats: _____

Telefoon: _____

Geb: _____

Onderstaande medisch technische handeling uit te voeren:

Nadere gegevens (door de arts in te vullen)

1. indicatie / aanleiding: _____

2. Naam van de handeling: _____

3. Nadere specificatie : _____

4. Tijdstippen waarop de handeling uitgevoerd dient te worden:

5. Geldigheidsduur van de opdracht: (maximaal 1 jaar) _____

1^e verlenging d.d. _____ 2^e verlenging d.d. _____ 3^e verlenging _____

6. Medicijn / vloeistof (naam) _____

Exacte dosis per keer: _____ d.d. _____

7. eventuele cliëntgebonden complicaties: _____

7a. Hoe te handelen bij complicaties: _____

8 Andere relevant geachte gegevens of aanwijzingen

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening arts: