



Stichting Staatsziekenfonds
State Health Foundation

Medische Dienst
Stichting Staatsziekenfonds
Adres: Frederik Derbystraat 107-111
Telefoon: 477101 Ext.# 263
E-mail: MDThuiszorgTU@staatsziekenfonds.sr

AANVRAGER

(Omcirkelen wat van toepassing is)

ZIEKENHUIS: AZP - DH - RKZ - LH - MMC - RCR - RZW - OVERIGE

De gegevens van de patiënt (e)

Naam:
Geboorte datum:
SZF nummer:
Zorg- adres:

Opname indicatie:
.....
.....

Opname datum: Ontslagdatum:.....

Omschrijving van de benodigde zorg (incl. geschatte duur) :
.....
.....
.....

Type zorg (aankruisen):

- ☐ 1. ADL +: baden, voeden, verzorging, omgeving schoonmaken, bed opmaken
- ☐ 2. Verpleegtechnische zorg/ handelingen (aankruisen):
- ☐ Wondbehandeling/ verzorging
 - ☐ Sondevoeding
 - ☐ Stoma
 - ☐ Catheter
 - ☐ Prikjes toedienen
 - ☐ Trachea canule
 - ☐ Andere,
- ☐ 3. Combinatie zorg: type zorg 1 + 2

Datum:

**(Naam, handtekening en stempel
v/d/ behandelend arts)**

z.o.z.

Hieronder in te vullen door de Medische Dienst Arts van het SZF.

O Afgewezen

O Gehonoreerd:

- ☐ Thuiszorg: ADL/ wondbehandeling/ verpleegtechnische zorg/ combinatie zorg
- ☐ Opname verpleeghuis
- ☐ Transferhuis

Duur: Ingaande: Max. bedrag

Opmerking:

.....
.....
.....

Datum:

**Handtekening en stempel Medische
Dienst Arts SZF**

Z.O.Z.

Contactpersoon van de patiënt:

Echtgenoot/ echtgenote; concubinaat/ concubine; zoon/ dochter;

Naam:

Adres:

Telefoonnummers:

Naam thuiszorgorganisatie/ verpleeghuis/ transferhuis:

Ondertekende verklaart hierbij het thuiszorgformulier ingevuld te hebben en akkoord te gaan met bovengenoemde thuiszorgorganisatie/ verpleeghuis.

Datum:

**Handtekening verzekerde/
contactpersoon.**