



Land van Horne

De arts, ..... verzoekt Stichting Land van Horne,  
Naam arts ..... (Woon)zorgcentrum / Thuiszorg .....  
Praktijkadres ..... Adres .....  
Plaats ..... Postcode en woonplaats.....  
Telefoonnummer ..... Telefoonnummer .....  
E-mailadres ..... Vertegenwoordigd door\*  
Naam .....  
Functie .....

*Ten behoeve van cliënt*

Naam .....  
Geboortedatum .....  
Geslacht: M / V  
Adres .....  
Postcode en woonplaats.....

*Onderstaande voorbehouden of risicovolle handelingen uit te voeren:*

*Gegevens (door arts in te vullen):*

Indicatie/aanleiding: .....  
Handeling: .....  
Tijdstip(pen) waarop de handeling uitgevoerd dient te worden: .....

Nadere specificatie van de handeling: .....

Geldigheidsduur van de opdracht: .....

Medicijnen / vloeistof (naam): .....

Dosering conform toedienlijst, aangeleverd door de apotheek.

Eventueel cliëntgebonden complicaties, bijwerkingen of aandachtspunten:

Plaats: ..... Datum: .....

Handtekening arts:.....

**Onderstaand in te vullen door Land van Horne**

*Het uitvoeringsverzoek kan wel / niet geaccepteerd worden door (woon)zorgcentrum / Thuiszorg*

Plaats: ..... Datum: .....

Handtekening verzorgende, namens Land van Horne\*: .....

*Als het uitvoeringsverzoek niet kan worden geaccepteerd, hier de reden vermelden en onmiddellijk contact opnemen met de huisarts:*

.....  
.....

*Voor informatie over het invullen van dit formulier zie LvH.Instr.0039 Uitvoeringsverzoek voorbehouden en risicovolle handelingen (wet BIG)*

\* De vertegenwoordiger is een zorgmedewerker die bevoegd en bekwaam is voor de betreffende handeling en inzichtelijk heeft of deze handeling ook binnen de afspraak valt van de raamovereenkomst.