

# AANMELDFORMULIER (uitvoeringsverzoek en recept) Zoledroninezuur 4mg

## PATIËNTGEGEVENS

Naam:..... M / V

Adres: .....

Postcode: .....

Woonplaats: .....

Telefoonnummer: .....

E-mail:.....

Geboortedatum: .....

Zorgverzekeraar: .....

Polisnummer: .....

BSN nummer: .....

### Medische indicatie:

- Preventie botcomplicaties bij maligniteit
- Tumor-geïnduceerde hypercalciëmie

## VERWERKEN PERSOONSgegevens

Per 25 mei 2018 is de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) van toepassing. Eurocept Homecare heeft in het kader van de AVG een privacy statement voor zorgverleners en één voor patiënten. Deze privacy statements kunt u terugvinden op de homepage van PlazaConnect® (www.plazaconnect.nl)

De patiënt is door mij geïnformeerd over de behandeling en het verwerken van diens persoonsgegevens en heeft hiervoor mondeling toestemming gegeven.

## GEGEVENS VOORSCHRIJVER (voor uitvoeringsverzoek en recept)

Naam:.....

Specialisme: .....

Ziekenhuis:.....

Telefoonnummer: .....

Sein: .....

Datum: .....

Handtekening voorschrijver:.....

## UITVOERINGSVERZOEK

Hierbij geef ik toestemming aan Eurocept Homecare om voor mijn patiënt het volgende te doen:

Het omschreven geneesmiddel toe te dienen bij de aangegeven patiënt.

Dit formulier is een uitvoeringsverzoek voor de medische handeling als beschreven in protocol. Dit protocol is op te vragen bij Eurocept Homecare. Als behandelaar verklaart u zich door middel van ondertekening akkoord dat volgens dit protocol behandeld wordt. Op dit uitvoeringsverzoek medisch handelen is de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) van toepassing.

**Dit uitvoeringsverzoek is geldig tot maximaal 1 jaar na datum**

**Nierfunctie** (invullen als patiënt >70 jaar is of in geval van bekende verlaagde nierfunctie)

eGFR: .....ml/min/1.73m<sup>2</sup>.

- MDRD
- CKD-EPI

Bepalingsdatum: .....

## RECEPT

R/ 1x Zoledroninezuur 4mg/5 ml i.v.  
2x NaCl 0,9% 100 ml  
1x Rythmic volledige toebehoren set 160ml

S/

- 1 x per ..... weken
  - 4.0 mg ( advies bij creatinineklaring >60ml/min)
  - 3.5 mg ( advies bij creatinineklaring 50-60 ml/min)
  - 3.3 mg ( advies bij creatinineklaring 40-49 ml/min)
  - 3.0 mg ( advies bij creatinineklaring 30-39 ml/min)

Iter: ..... keer

- Eenmalig 4 mg

### Toediening per infuus:

- Zwaartekracht
- Rythmic PN infuuspomp

Gewenste startdatum.....

Opmerking:.....