

Uitvoeringsverzoek tot medisch handelen

Wanneer vult u een verzoek tot medisch handelen in?

Voert een natuurlijk persoon een voorbehouden handeling uit?

Dan moet u ook een uitvoeringsverzoek invullen tot medisch handelen. Dit geldt voor het uitvoeren van een 'voorbehouden handeling anders dan door een daarvoor bevoegd persoon'.

Wat zijn voorbehouden handelingen in de wijkverpleging vanuit de Wet BIG?

Dit zijn handelingen met onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van een patiënt/cliënt als ze door een onbevoegde of ondeskundige worden uitgevoerd.

Voorbehouden handelingen zijn:

- katheterisaties (blaas, maag, toedienen van geneesmiddelen via toedieningssystemen);
- injecties (intramusculair, subcutaan, intra-cutaan);
- puncties.

Dit staat in artikel 39 en geldt voor zover zij betrekking kunnen hebben op de verpleegkundigen.

Voorbehouden handelingen mogen zelfstandig worden uitgevoerd door beroepsbeoefenaren

De beroepsbeoefenaren staan beschreven in de Wet BIG. Personen die niet beroepsmatig voorbehouden handelingen uitvoeren, zoals cliënten, ouders en familieleden, vallen niet onder de wet BIG. Daarom heeft een niet BIG-geregistreerd persoon een uitvoeringsverzoek nodig (autorisatie).

Hoe vult u het uitvoeringsverzoek in?

U vult dit formulier in samen met een bevoegd medisch deskundige (iemand met BIG registratie die de voorbehouden handelingen mag uitvoeren). Deze persoon verklaart dat u bewust en bekwaam bent om de voorbehouden handelingen uit te voeren. Dit ondertekend uitvoeringsverzoek stuurt u als bijlage mee met het pgb-aanvraagformulier.

1 De bevoegd medisch deskundige

Naam	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>
Telefoon	<input type="text"/>
BIG-registratie nummer	<input type="text"/>
Zorginstelling (indien van toepassing)	<input type="text"/>

2 Verzoekt voor deze klant

Naam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>
Telefoon	<input type="text"/>
BSN	<input type="text"/>
E-mail adres	<input type="text"/>

3 Onderstaande medische handeling(en) uit te voeren

Indicatie	<input type="text"/>
Gewenste handeling	<input type="text"/>
Tijdstip(pen) van uitvoering	<input type="text"/>
Geldigheidsduur van de opdracht	<input type="text"/>
Specificatie van de handeling	<input type="text"/>
Naam medicijn/vloeistof	<input type="text"/>
Exacte dosering per keer	<input type="text"/>
Eventueel te verwachten complicaties/bijwerkingen	<input type="text"/>
Bijzonderheden	<input type="text"/>

Indicatie	<input type="text"/>
Gewenste handeling	<input type="text"/>
Tijdstip(pen) van uitvoering	<input type="text"/>
Geldigheidsduur van de opdracht	<input type="text"/>
Specificatie van de handeling	<input type="text"/>
Naam medicijn/vloeistof	<input type="text"/>
Exacte dosering per keer	<input type="text"/>
Eventueel te verwachten complicaties/bijwerkingen	<input type="text"/>
Bijzonderheden	<input type="text"/>

Indicatie	<input type="text"/>
Gewenste handeling	<input type="text"/>
Tijdstip(pen) van uitvoering	<input type="text"/>
Geldigheidsduur van de opdracht	<input type="text"/>
Specificatie van de handeling	<input type="text"/>
Naam medicijn/vloeistof	<input type="text"/>
Exacte dosering per keer	<input type="text"/>
Eventueel te verwachten complicaties/bijwerkingen	<input type="text"/>
Bijzonderheden	<input type="text"/>

4 Door uitvoerder (natuurlijk persoon)

Naam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>
Telefoon	<input type="text"/>

5 Ondertekening

Datum - -

Handtekening bevoegd medisch deskundige

Datum - -

Handtekening uitvoerder (natuurlijk persoon)

Stuurt u het ingevulde formulier samen met uw pgb-aanvraag op naar:
Afdeling Medische Garanties, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen