

Longzorg | Aanmeldformulier

Met dit formulier verwijst u cliënten naar de gespecialiseerde longzorg van Amstelring Wijkzorg. De coördinatie en begeleiding wordt uitgevoerd door een vaste, gespecialiseerde longverpleegkundige.

Cliënt

Naam

Geslacht

Selecteer het geslacht ▾

Geboortedatum

Documentnr. (paspoort/ID)

BSN

Adres

Postcode/plaats

Telefoonnummer

Heeft de cliënt een zorgverzekering?

Selecteer Ja/Nee ▾

Naam zorgverzekering

Polisnummer zorgverzekering

Verwijzer

Huisarts / specialist

Telefoonnummer huisarts

AGB-code

Spoednummer
avond/weekend/nacht

Naam apotheek

Telefoonnummer apotheek

Is er al een thuiszorgorganisatie
betrokken?

Selecteer Ja/Nee ▾

Zo ja, welke organisatie?

Zorgvraag

Reden verwijzing

- Continuïteitsbezoek Astma
- Continuïteitsbezoek COPD
- Saneringsadviezen
- Uitleg ziektebeeld

- Uitleg medicatie
- Inhalatie instructie
- Anders namelijk,

Aandoening / Diagnose

Behandeling / Medicatie

Medische gegevens

Overdracht röntgenfoto

Uitslag RAST test + Longfunctie / histamine test

Overige medische overdracht:

AUB Het medicatieoverzicht meesturen als bijlage

Handtekening zorgverlener:

Dagtekening

Plaats

11 mei 2026

Handtekening zorgverlener
Amstelring: *(Na acceptatie)*

Dagtekening

Plaats

- Zodra het uitvoeringsverzoek is ontvangen, zal Amstelring Wijkzorg beoordelen of de aanvraag **wel** of **niet** geaccepteerd kan worden. Bij acceptatie tekent de zorgverlener van Amstelring wijkzorg voor akkoord.
- Indien het verzoek **niet duidelijk** is, vraagt Amstelring om **schriftelijke aanvulling**.
- Mocht de handeling **niet uitgevoerd** kunnen worden, dan wordt de arts/opdrachtgever hierover **zo snel mogelijk** geïnformeerd.