



Stopverklaring

* Verplicht veld

Gegevens verzekerde:

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht M V _____

* Geboortedatum _____

* Adres _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telefoonnummer _____
Telefoonnummer mobiel _____

E-mailadres _____

* Zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN _____

Contactpersoon _____

Westfalen Medical B.V.

Postbus 124

7400 AC Deventer

info@westfalenmedical.nl

Tel: 0570 - 85 84 50

Fax: 0570 - 85 84 51

Gegevens medisch specialist:

* Uw naam _____

* Zorginstelling _____

* Afdeling _____

* Plaats _____

* Telefoonnummer _____

* Functie _____

* BIG nummer _____

* AGB nummer _____

E-mailadres _____

* Datum aanvraag _____

Verzoek:

Wij verzoeken u om voor bovengenoemde patiënt de therapie te beëindigen en alle verstrekte hulpmiddelen retour te halen.

* Therapie:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nasal High Flow Therapie | <input type="checkbox"/> SPT | <input type="checkbox"/> Verneveling bij CF |
| <input type="checkbox"/> PAP | <input type="checkbox"/> Verneveling | <input type="checkbox"/> Zuurstof |
| <input type="checkbox"/> PEP | <input type="checkbox"/> Verneveling bij BE | <input type="checkbox"/> Zuurstof bij clusterhoofdpijn |

Opmerkingen

* Handtekening

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en faxen naar
0570 - 85 84 51.