

Aanvraag antibiotica-verneveltherapie door specialist

* verplicht veld

Gegevens verzekerde

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht M V _____

* Geboortedatum _____

* Adres _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telnr. vast/mob _____

E-mailadres _____

* Zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN nummer _____

Gegevens aanvrager

* Uw naam _____

* Zorginstelling _____

* Afdeling _____

* Plaats _____

* Telefoonnr _____

* Functie _____

* BIG nummer _____

AGB nummer _____

E-mailadres _____

* Datum aanvraag _____

Afleveradres (indien afwijkend)

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

* Medische indicatie

Persisterend astma Pseudomonas infectie

Astma-exacerbatie Bronchiëctasieën (BE)

Ernstige COPD Anders _____

COPD-exacerbatie

* Te vernevelen geneesmiddelen

R/	S/	N ^o		
.....	..... x daags		Voor 12 maanden	Anders; nl maanden
.....	..... x daags		Voor 12 maanden	Anders; nl maanden
.....	..... x daags		Voor 12 maanden	Anders; nl maanden

* Stopmaand antibiotica ja nee

- De medicatie wordt via Westfalen Medical door ApotheekZorg uitgeleverd. Dit geldt alleen bij voorschrift van Colistine, Tobramycine, Levofloxacin en Aztreonam. Mucoclear 6% kan gratis worden meegeleverd alleen i.c.m. Tadim (Astma, COPD, BE) of Vantobra (BE), of bij een generiek voorschrift van Colistine (Astma, COPD, BE) of Tobramycine (BE).
- De medicatie wordt door de apotheek van de verzekerde uitgeleverd.

* Vernevelapparatuur en toebehoren

Westfalen Medical levert op basis van het soort antibiotica de meest geschikte vernevelaar en toebehoren

Overig _____

* Aansluiting tracheostoma Ja Nee

Toebehoren: Westfalen Medical zal op basis van geneesmiddel en vernevelaar de juiste toebehoren leveren.

Specifieke wensen en/of opmerkingen

Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen indien van toepassing)

Nummer sticker op grijze box

Datum instructie

Contactpersoon wanneer verzekerde niet thuis kan zijn voor levering en instructie (1. Zie onder)

Naam

Relatie tot verzekerde

Telefoonnummer

*** Uiterste leverdatum gebruik thuis**

*** Handtekening aanvrager**

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en **faxen naar 0570-858451**

1. **Westfalen Medical streeft ernaar om de instructie aan de verzekerde te geven. Wanneer dit niet mogelijk is door de gewenste levertijd geeft u toestemming na het invullen van deze gegevens om de instructie aan de contactpersoon te geven.**