

Aanvraag antibiotica-verneveltherapie

* verplicht veld

Gegevens verzekerde:

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht M V _____

* Geboortedatum _____

* Adres _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telefoonnummer _____

Tweede telefoonnummer _____

E-mailadres _____

* Zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN _____

Gegevens medisch specialist:

* Uw naam _____

* Zorginstelling _____

* Afdeling _____

* Plaats _____

* Telefoonnummer _____

* Functie _____

* BIG nummer _____

AGB nummer _____

E-mailadres _____

* Datum aanvraag _____

Contactpersoon wanneer verzekerde niet thuis kan zijn voor levering en instructie ¹:

Naam _____

Relatie tot verzekerde _____

Telefoonnummer _____

Afleveradres (indien afwijkend)

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

* Medische indicatie

<input type="checkbox"/> Astma-exacerbatie	<input type="checkbox"/> Ernstige COPD
<input type="checkbox"/> Bronchiëctasieën (BE)	<input type="checkbox"/> Persistent astma
<input type="checkbox"/> COPD-exacerbatie	<input type="checkbox"/> Pseudomonas infectie
<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Anders _____

* 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

Hypertoon zout is voor de verzekerde verkrijgbaar in onze webshop (vernevelaarinfo.nl).

Geeft de verzekerde toestemming voor het delen (LSP Landelijk schakelpunt) van zijn/haar medicatieoverzicht?

Met toestemming kunnen alle zorgverleners van de verzekerde inzien welke medicatie gebruikt wordt.

Ja, verzekerde geeft toestemming Nee, verzekerde geeft geen toestemming

*** Levering van de medicatie**

- De medicatie wordt via Westfalen Medical door ApotheekZorg uitgeleverd. Dit geldt alleen bij voorschrift van Colistine, Tobramycine, Levofloxacin en Aztreonam.
- De medicatie wordt door de apotheek van de verzekerde uitgeleverd.

*** Vernevelapparaat en toebehoren**

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

*** Aansluiting tracheostoma** Ja Nee

*** Uiterste leverdatum gebruik thuis** _____

Opmerkingen

Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen indien van toepassing)

- Nummer sticker op grijze box _____
- Datum instructie _____

***Handtekening**

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 door omstandigheden niet mogelijk is, geeft u toestemming om de instructie aan de contactpersoon te geven.