

Aanvraag verneveltherapie (geen antibiotica-verneveling)

* 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"/> Persisterend astma
<input type="checkbox"/> COPD-exacerbatie	<input type="checkbox"/> Pseudomonas infectie
<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Anders _____

* Te vernevelen geneesmiddelen

_____ Dosering/frequentie _____

_____ Dosering/frequentie _____

_____ Dosering/frequentie _____

* Vernevelapparatuur

Geen voorkeur (Westfalen Medical kiest de meest geschikte vernevelaar en toebehoren)

Compressor vernevelaar

Mobiele vernevelaar

Kind vernevelaar

* 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.