



Aanvraag Nasal High Flow Therapie

Westfalen Medical B.V.

Postbus 124

7400 AC Deventer

nhft@westfalen.com

Tel: 0570 - 24 88 95

Fax: 0570 - 85 84 51

* Verplicht veld

Gegevens verzekerde:

* Voornaam

* Achternaam

* Geslacht

 M V

* Geboortedatum

* Adres

* Postcode

* Woonplaats

* Telefoonnummer

Telefoonnummer mobiel

E-mailadres

* Zorgverzekeraar

* Polisnummer

* BSN

Contactpersoon

Gegevens medisch specialist:

* Uw naam

* Zorginstelling

* Afdeling

* Plaats

* Telefoonnummer

* Functie

* BIG nummer

* AGB nummer

E-mailadres

* Datum aanvraag

Alleen invullen indien een afwijkend afleveradres gewenst is.

Naam/instelling

Straatnaam

Huisnummer

Postcode

Woonplaats

Telefoonnummer

* Verzekerde heeft COPD GOLD 3 of 4. Medicatie, zuurstoftherapie en verneveltherapie hebben niet voldoende geholpen.

Ook had de verzekerde tenminste 2 exacerbaties per jaar die ziekenhuisopname tot gevolg hadden.

 Ja Nee

Instellingen

* Flow: liter per minuut

* Temperatuur: graden Celcius

Optioneel

O2: liter per minuut

Gewenste FiO2: %

* Nasale interface, maat: S M L Onbekend



Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen indien van toepassing).

- Nummer sticker op grijze box
- Datum instructie

Westfalen Medical B.V.

Postbus 124
7400 AC Deventer
nhft@westfalen.com
Tel: 0570 - 24 88 95
Fax: 0570 - 85 84 51

Opmerkingen

***Handtekening**

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

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.