



Aanvraag CF therapie

* 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 _____

Gegevens apotheek verzekerde

Naam apotheek _____

Plaats apotheek _____

Medische indicatie: ☒ Cystic Fybrose (CF)

* Medicatie (Wordt door ApotheekZorg uitgeleverd.)

R/	S/	N°
☐	Tobramycine	
☐	300 mg per ampul _____	x daags _____ ampul Voor 12 mnd Anders; nl _____ mnd Stopmaand;
☐	170 mg per ampul (Vantobra) _____	x daags _____ ampul Voor 12 mnd Anders; nl _____ mnd Stopmaand;
☐	Colistine	
☐	Colistimethaatnatrium 1 MIE _____	x daags _____ MIE Voor 12 mnd Anders; nl _____ mnd Stopmaand;
☐	Dornase	
☐	1mg/ml vernevelvloeistof _____	x daags _____ 2,5 mg Voor 12 mnd Anders; nl _____ mnd Stopmaand;
☐	Aztreonam	
☐	75mg poeder _____	x daags _____ mg Voor 12 mnd Anders; nl _____ mnd Stopmaand;
☐	Levofloxacin	
☐	240 mg per ampul _____	x daags _____ ampul Voor 12 mnd Anders; nl _____ mnd Stopmaand;



Hypertoon zout wordt meegeleverd door Westfalen Medical.

☐ Mucoclear 3% _____ x daags _____ ampul Voor 12 mnd Anders; nl _____ mnd Stopmaand;
☐ Mucoclear 6% _____ x daags _____ ampul Voor 12 mnd Anders; nl _____ mnd Stopmaand;

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

*** 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** _____

Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen indien van toepassing)

Nummer sticker op grijze box _____

Datum instructie _____

Opmerkingen

*** Handtekening**

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en faxen naar 0570 - 858 451

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.