



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

☐ Astma-exacerbatie	☐ COVID-19	☐ Pseudomonas infectie
☐ Bronchiëctasieën (BE)	☐ Ernstige COPD	☐ Anders _____
☐ COPD-exacerbatie	☐ Persisterend astma	

* Te vernevelen geneesmiddelen

R/	S/	Nº		
_____	_____	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

Hypertoonaal zout is voor de verzekerde verkrijgbaar in onze webshop.

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**

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.