



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

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

* Te vernevelen geneesmiddelen

	Dosering/frequentie
	Dosering/frequentie
	Dosering/frequentie

* Vernevelapparaat

☐ 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

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.