

## Aanvraag indicatie BE: medicatielevering met gratis Mucoclear 6% incl. vernevelapparaat

\* verplicht veld

### Gegevens verzekerde

\* Voornaam \_\_\_\_\_  
 \* Achternaam \_\_\_\_\_  
 \* Geslacht  M  V \_\_\_\_\_  
 \* Geboortedatum \_\_\_\_\_  
 \* Adres \_\_\_\_\_  
 \* Postcode \_\_\_\_\_  
 \* Woonplaats \_\_\_\_\_  
 \* Telnr. vast/mob \_\_\_\_\_  
 E-mailadres \_\_\_\_\_  
 \* Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_  
 \* Polisnummer \_\_\_\_\_  
 \* BSN nummer \_\_\_\_\_

### Gegevens aanvrager

\* Uw naam \_\_\_\_\_  
 \* Zorginstelling \_\_\_\_\_  
 \* Afdeling \_\_\_\_\_  
 \* Plaats \_\_\_\_\_  
 \* Telefoonnr \_\_\_\_\_  
 \* Functie \_\_\_\_\_  
 \* BIG nummer \_\_\_\_\_  
 AGB nummer \_\_\_\_\_  
 E-mailadres \_\_\_\_\_  
 \* Datum aanvraag \_\_\_\_\_

### Gegevens apotheek verzekerde:

\* Naam apotheek \_\_\_\_\_  
 \* Plaats apotheek \_\_\_\_\_

### Afleveradres (indien afwijkend)

Adres \_\_\_\_\_  
 Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

R/	S/	N <sup>o</sup>		
<input type="checkbox"/>	<b>Tadim</b>	..... x daags .....	MIE	Voor 12 maanden Anders; nl ..... maanden
	Colistimethaatnatrium 1 MIE			
<input type="checkbox"/>	<b>Vantobra</b>	..... x daags .....	ampul	Voor 12 maanden Anders; nl ..... maanden
	Tobramycine 170 mg per ampul			
<input type="checkbox"/>	<b>Mucoclear 6%</b>	..... x daags .....	ampul	Voor 12 maanden Anders; nl ..... maanden
	NaCl - 4 ml per ampul (alleen aan te vragen i.c.m. Tadim of Vantobra)			

\* Stopmaand antibiotica  ja  nee

### De medicatie wordt door ApotheekZorg uitgeleverd.

### \* Vernevelapparaat en toebehoren

Westfalen Medical levert op basis van het soort antibiotica de meest geschikte vernevelaar en toebehoren  
 Overig \_\_\_\_\_

\* Aansluiting tracheostoma  Ja  Nee

**Toebehoren:** Westfalen Medical zal op basis van geneesmiddel en vernevelaar de juiste toebehoren leveren.

**Specifieke wensen en/of opmerkingen**

---

---

---

**Depotbeheer locatie zorginstelling** (alleen invullen indien van toepassing)

Nummer sticker op grijze box

Datum instructie

**Contactpersoon** (wanneer door omstandigheden het niet mogelijk is om de levering en instructie bij de verzekerde te doen) **(1. zie onder)**

Naam

Relatie tot verzekerde

Telefoonnummer

**\* Uiterste leverdatum gebruik thuis**

**\* Handtekening aanvrager**

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 niet mogelijk is door omstandigheden geeft u toestemming na het invullen van deze gegevens om de instructie aan de contactpersoon te geven.