



Stopverklaring

* 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	

Verzoek:

Wij verzoeken u om voor bovengenoemde patiënt de therapie te beëindigen en alle verstrekte hulpmiddelen retour te halen.

* Therapie

☐ Nasal High Flow Therapie	☐ SPT	☐ Verneveling bij CF
☐ CPAP	☐ Verneveling	☐ Zuurstof
☐ PEP	☐ Verneveling bij BE	☐ Zuurstof bij clusterhoofdpijn

Opmerkingen

* Handtekening

--

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