



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 Fibrose (CF)

*Medicatie (Wordt door ApotheekZorg uitgeleverd.)

R/	S/	N°						
<input type="checkbox"/>			Tobramycine					
	<input type="checkbox"/>		300 mg per ampul	_____	x daags	_____	ampul	Voor 12 mnd Anders; nl _____ mnd Stopmaand;
	<input type="checkbox"/>		170 mg per ampul (Vantobra)	_____	x daags	_____	ampul	Voor 12 mnd Anders; nl _____ mnd Stopmaand;
<input type="checkbox"/>			Colistine					
			Colistimethaatnatrium 1 MIE	_____	x daags	_____	MIE	Voor 12 mnd Anders; nl _____ mnd Stopmaand;
<input type="checkbox"/>			Dornase					
			1mg/ml vernevelvloeistof	_____	x daags	_____	2,5 mg	Voor 12 mnd Anders; nl _____ mnd Stopmaand;
<input type="checkbox"/>			Aztreonam					
			75mg poeder	_____	x daags	_____	mg	Voor 12 mnd Anders; nl _____ mnd Stopmaand;
<input type="checkbox"/>			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.