

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/	N°		
_____	_____	x daags _____	Voor 12 maanden	Anders; nl _____ maanden
_____	_____	x daags _____	Voor 12 maanden	Anders; nl _____ maanden
_____	_____	x daags _____	Voor 12 maanden	Anders; nl _____ maanden

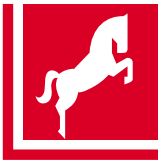
* Stopmaand antibiotica Ja Nee

Hypertoon 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.

*** Vernevelapparatuur 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.