

Aanvraag BE 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: Bronchiëctasieën (BE)

*Medicatie (Wordt door ApotheekZorg uitgeleverd.)

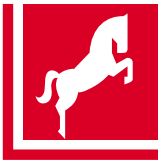
R/	S/	N°				
<input type="checkbox"/>	Tadim	_____ x daags _____	MIE	Voor 12 mnd	Anders; nl _____ mnd	Stopmaand;
	Colistimethaatnatrium 1 MIE					
<input type="checkbox"/>	Vantobra	_____ x daags _____	MIE	Voor 12 mnd	Anders; nl _____ mnd	Stopmaand;
	Tobramycine 170 mg per ampul					

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



*** 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 graag volledig invullen, mailen naar vernevelaarinfo@westfalen.com of 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.