

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

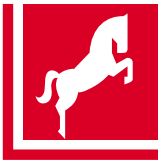
Naam apotheek _____

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 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Colistimethaatnatrium 1 MIE | _____ | x daags | _____ | MIE | Voor 12 mnd | Anders; nl _____ mnd | Stopmaand; |
| <input type="checkbox"/> | Dornase | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1mg/ml vernevelvloeistof | _____ | x daags | _____ | 2,5 mg | Voor 12 mnd | Anders; nl _____ mnd | Stopmaand; |
| <input type="checkbox"/> | Aztreonam | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 75mg poeder | _____ | x daags | _____ | mg | Voor 12 mnd | Anders; nl _____ mnd | Stopmaand; |
| <input type="checkbox"/> | Levofloxacin | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 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 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.