



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 _____

* E-mailadres voor terugkoppeling 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 Cystic Fibrosis (CF) ² Pseudomonas infectie

Bronchiëctasieën (BE) Ernstige COPD Anders

COPD-exacerbatie Persisterend astma _____

² Hypertoon zout is voor de verzekerde verkrijgbaar in onze webshop. Dit geldt niet voor CF.

* Te vernevelen geneesmiddelen

* 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 alfa				
			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;



*** Te vernevelen geneesmiddelen**

_____	Dosering/frequentie
_____	Dosering/frequentie
_____	Dosering/frequentie

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, Dornase alfa³, Tobramycine, Pentamidine, Levofloxacin en Aztreonam.

³ Alleen Cystic Fibrosis (CF)

De medicatie wordt door de apotheek van de verzekerde uitgeleverd.

Proefverneveling in de thuissituatie Ja Nee

*** 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**

Hieronder kunt u ook PEP aanvragen

PEP/IMT/RMT en toebehoren

PARI O-PEP

Aerobika

Flutter

Shaker classic

PARI PEP S Masker

Acapella Choice

KIT PIPEP (met gekleurde weerstanden) PEP/RMT

Overig

Masker

Masker

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.

Bovenstaande is niet van toepassing op proefverneveling.

Westfalen Medical B.V. - Rigistraat 14 EW Deventer - vernevelaarinfo@westfalen.com - westfalenmedical.com - Tel: 0570 - 234 626 - Fax: 0570 - 858 451