



Stopverklaring

* Verplicht veld

Gegevens verzekerde

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht ☐ M ☐ V

* Geboortedatum _____

* Adres _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telefoonnummer _____

Telefoonnummer mobiel _____

E-mailadres _____

* Zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN _____

Contactpersoon _____

Gegevens medisch specialist

* Uw naam _____

* Zorginstelling _____

* Afdeling _____

* Plaats _____

* Telefoonnummer _____

* Functie _____

* BIG nummer _____

* AGB nummer _____

E-mailadres _____

* Datum aanvraag _____

Verzoek:

Wij verzoeken u om voor bovengenoemde patiënt de therapie te beëindigen en alle verstreckte hulpmiddelen retour te halen.

* Therapie

☐ Nasal High Flow Therapie	☐ SPT	☐ Verneveling bij CF
☐ PAP	☐ Verneveling	☐ Zuurstof
☐ PEP	☐ Verneveling bij BE	☐ Zuurstof bij clusterhoofdpijn

Opmerkingen

* Handtekening

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en faxen naar 0570 - 858 451