



Aanvraag Nasal High Flow therapie

* Verplicht veld

Gegevens verzekerde

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht M V

* Geboortedatum _____

* Adres _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telefoonnummer _____
Tweede telefoonnummer _____
E-mailadres _____

* Zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN _____

Contactpersoon _____

Afleveradres (indien afwijkend)

* Naam/instelling _____

* Adres _____

* Postcode en woonplaats _____

* Telefoonnummer _____

Gegevens medisch specialist

* Uw naam _____

* Zorginstelling _____

* Afdeling _____

* Plaats _____

* Telefoonnummer _____

* Functie _____

* BIG nummer _____
AGB nummer _____
E-mailadres _____

* Datum aanvraag _____

* Verzekerde heeft COPD GOLD 3 of 4. Medicatie, zuurstoftherapie en verneveltherapie hebben niet voldoende geholpen. Ook had de verzekerde tenminste 2 exacerbaties per jaar die ziekenhuisopname tot gevolg hadden.

Ja Nee

Instellingen

* Flow: _____ liter per minuut

* Temperatuur: _____ graden Celcius

Optioneel

O2: _____ liter per minuut

Gewenste FiO2: _____ %

* Nasale interface, maat: S M L Onbekend

Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen indien van toepassing)

Nummer sticker op grijze box Datum instructie

Opmerkingen

* Handtekening

Dit formulier graag volledig invullen, mailen naar nhft@westfalen.com of faxen naar 0570 - 858 451.

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.