

AANVRAAGFORMULIER VOOR VERNEVELTHERAPIE THUIS
TEL: 013 5231022 FAX: 013 5231029 E-MAIL: zuurstof@vivisol.nl

WIJ NEMEN ENKEL VOLLEDIG INGEVULDE AANVRAAGFORMULIEREN IN BEHANDELING

Naam	Telefoonnummer
Voorletters	Mobiel nummer
Geslacht	Contactpersoon
Adres	Tel. contactpersoon
Geboortedatum	Zorgverzekeraar
Postcode / plaats	Polisnummer

Medische indicatie en motivatie waarvoor de voorziening wordt aangevraagd:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Persistierend astma | <input type="checkbox"/> COPD – exacerbatie | <input type="checkbox"/> Cystic Fibrose |
| <input type="checkbox"/> Astma – exacerbatie | <input type="checkbox"/> Bronchopulmonale dysplasie | <input type="checkbox"/> Pseudomonas infectie |
| <input type="checkbox"/> Ernstig COPD | <input type="checkbox"/> HIV – infectie/AIDS | <input type="checkbox"/> Bronchiëctasieën |
| <input type="checkbox"/> Anders namelijk: | | |

Gegevens verneveltherapie:

Geneesmiddel:
Dosering per keer:
Vernevelfrequentie:

Opmerkingen

Medicijnjet

- Sidestream
- Sidestream Pulmozyme
- Ventstream
- Pari LC+

Toebehoren

- Mondstuk
- Masker < 1 jaar
- Masker 1 t/m 3 jaar
- Masker > 3 jaar

Expiratiefilter

- 50 filterpads
- Filterhuis + 50 filterpads

Aansluiting tracheostoma

- Nee
- Ja, zonder canule
- Ja, met canule

Gewenste leverdatum

Gegevens voorschrijver

Naam	Functie
Ziekenhuis/praktijk	Telefoonnummer
Datum aanvraag	Handtekening