



WIJ NEMEN ENKEL VOLLEDIG INGEVULDE AANVRAAGFORMULIEREN IN BEHANDELING

Naam _____ **Voorletters** _____ **m / v**

Adres _____ **Geb. dat.** _____

Postcode/plaats _____

Telefoonnummer _____

Mobiel nummer _____

Contactpersoon +Telefoonnummer _____

Zorgverzekeraar _____ **Polisnummer** _____

Medische indicatie waarvoor de voorziening wordt aangevraagd:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Persisterend 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"/> Bronchiëctasiën |
| <input type="checkbox"/> Anders, nl. _____ | | |

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** _____

Naam ziekenhuis / praktijk _____ **Telnr.** _____

Datum aanvraag _____ **Handtekening** _____