



WIJ NEMEN ENKEL VOLLEDIG INGEVULDE AANVRAAGFORMULIEREN IN BEHANDELING

Naam _____ Voorletters _____ m / v
Adres _____ Geb. dat. _____
Postcode/plaats _____
Telefoonnummer _____
Mobielnummer _____
Contactpersoon +Telefoonnummer _____
Zorgverzekeraar _____ Polisnummer _____

Medische indicatie en motivatie waarvoor de voorziening wordt aangevraagd:

Behandeldoel

- Palliatief
- Terminaal stadium
- Anders nl, _____

Type Apparatuur

- Mobiel (met accu)
- Vast

Informatie uitzuigkatheter

CH maat Uitzuigkatheter CH _____

Lengte Uitzuigkatheter _____ cm

Gemiddeld aantal uitzuigkatheters dat per dag gebruikt gaat worden: _____

(Onze katheters hebben een atraumatische tip)

Gewenste leverdatum

Gegevens voorschrijver

Naam _____ Functie _____

Naam ziekenhuis / praktijk _____ Telnr. _____

Datum aanvraag _____ Handtekening _____