



VIVISOL

Home Care Services

Aanvraagformulier verneveltherapie thuis

NB: wij nemen alleen volledig ingevulde aanvraagformulieren in behandeling.

Persoonlijke gegevens:

Naam :	Telefoonnummer :
Voorletters :	Mobiele nummer :
Geslacht :	E-mailadres :
Adres :	Contactpersoon :
Postcode & plaats :	Tel. contactpersoon:
Geboortedatum : - -	Zorgverzekeraar :
BSN :	Polisnummer :

Medische indicatie en motivatie waarvoor de voorziening wordt aangevraagd

<input type="checkbox"/> Persisterend astma	<input type="checkbox"/> COPD-exacerbatie	<input type="checkbox"/> Cystic Fibrose	<input type="checkbox"/> COVID-19
<input type="checkbox"/> Astma-exacerbatie	<input type="checkbox"/> Pseudomonas infectie	<input type="checkbox"/> Bronchopulmonale dysplasie	
<input type="checkbox"/> Ernstig COPD	<input type="checkbox"/> HIV-infectie/AIDS	<input type="checkbox"/> Bronchiëctasieën	
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:			

Gegevens verneveltherapie

Bevat de medicatie antibioticum?

Geneesmiddel :	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Dosering per keer :		
Vernevelfrequentie:		
Opmerkingen :		

Toebehoren

<input type="checkbox"/> Mondstuk	<input type="checkbox"/> Masker <1 jaar	<input type="checkbox"/> Masker 1 t/m 3 jaar	<input type="checkbox"/> Masker >3 jaar
-----------------------------------	---	--	---

Aansluiting tracheostoma

<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, zonder canule	<input type="checkbox"/> Ja, met canule
------------------------------	--	---

Gewenste leverdatum

Datum: - -

Gegevens voorschrijver

Naam :	Functie :
Ziekenhuis/praktijk:	Telefoonnummer:
Datum aanvraag : - -	Handtekening :

VIVISOL Nederland BV
Swaardvenstraat 27
5048 AV Tilburg
Postbus 4207
5004 JG Tilburg
t +31 (0)13 - 523 10 22
f +31 (0)13 - 523 10 29
e zuurstof@vivisol.nl
www.vivisol.nl