

AANVRAAGFORMULIER VOOR UITZUIGAPPARATUUR 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:

Behandeldoel

- Palliatief
- Terminaal stadium
- Anders namelijk, _____

Type Apparatuur

- Mobiel (met accu)
- Vast

Duur therapie

- Kortdurend gebruik (tot maximaal 3 maanden)
- Langdurig gebruik

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
Ziekenhuis/praktijk	Telefoonnummer
Datum aanvraag	Handtekening