

AANVRAAG MACHTIGINGSFORMULIER

PEP-therapie

PATIËNT

Naam _____ Voorletters _____ M V
Adres _____ Geboortedatum _____
PC en Plaats _____ Zorgverzekeraar _____
Telefoon _____ Polisnummer _____
E-mail _____ BSN _____
Afleveradres Thuis (zie boven) Adres _____
 Anders (zie hiernaast) PC en Plaats _____

INDICATIE EN BENODIGDE APPARATUUR

Vink aan welke indicatie en benodigde apparatuur van toepassing is

Indicatie

- Persisterend astma
- Astma-exacerbatie
- Ernstig COPD (III of IV)
- COPD-exacerbatie
- (chronische) Pseudomonasinfectie
- Bronchiëctasiën
- Inspiratoire spiertraining (MT)
- CF
- Tracheomalacie
- Longcarcinoom
- Longemfyseem
- Anders, nl _____

Oscillerende apparatuur

- Flutter / O-PEP
- Shaker deluxe
- Quake
- Treshold PEP
- Acapella type: choice/DM/DH
- Treshold IMT
- Aerobika

PEP-apparatuur

- PEP RMT masker
(functiegerichte toelichting verplicht)

- Het betreft een tweede apparaat van de patiënt

FUNCTIEGERICHTE TOELICHTING VAN KEUZE (verplicht)

Algemeen

- Andere slijmmobiliserende technieken bieden onvoldoende resultaat
- Patiënt is onvoldoende instrueerbaar
- Anders, namelijk:

Specifiek

- Het accent van sputummobilisatie ligt op het uitademen onder positieve druk
- Het accent van sputummobilisatie ligt op de oscillerende werking van het apparaat
- Anders, namelijk:

AANVRAGER

Instelling _____ Depotnummer _____
Locatie _____ Klantnummer _____
Naam contactpersoon _____ Telefoon _____
Functie _____ Fax _____
Adres _____ E-mail _____
Postcode en Plaats _____

Handtekening _____ Datum _____

Aanvraag machtigingen moeten altijd ondertekend worden door een daartoe bevoegd persoon. Indien u niet tekenbevoegd bent, verzoeken wij u de ondertekende aanvraag uiterlijk binnen 7 dagen aan ons toe te sturen. Het aanleveren van een kopie van het bijbehorende en geldige uitvoeringsverzoek, met verwijzing naar de desbetreffende patiënt, is tevens afdoende.