

AANVRAAG MACHTIGINGSFORMULIER

Verneveling

PATIËNT

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

MEDISCHE INDICATIE

Persisterend astma Bronchopulmonale dysplasie
 Astma-exacerbatie Pseudomonas infectie
 Ernstig COPD Bronchiectasieën
 COPD-exacerbatie Anders, nl _____
 Cystic Fibrose
Geneesmiddel _____ Opmerkingen: _____
Dosering per keer _____
Vernevelfrequentie _____

BENODIGDE VERNEVELAPPARATUUR EN TOEBEHOREN

<u>Vernevelapparaat</u>	<u>Medicijnijet</u>	<u>Toebehoren</u>
<input type="checkbox"/> Compact2	<input type="checkbox"/> Sidestream	<input type="checkbox"/> Mondstuk
<input type="checkbox"/> InnoSpire Deluxe	<input type="checkbox"/> Pari LC+	<input type="checkbox"/> Masker < 1 jaar
<input type="checkbox"/> Velox (mobiel)		<input type="checkbox"/> Masker 1 t/m 3 jaar
<input type="checkbox"/> InnoSpire Go (mobiel)		<input type="checkbox"/> Masker > 3 jaar
<input type="checkbox"/> Wineb-Go (mobiel)		
<input type="checkbox"/> I-Neb AAD		
<input type="checkbox"/> Sami the Seal (pediatrisch)		
<input type="checkbox"/> E-flow		
<input type="checkbox"/> Akita (medische motivatie bij aanvraag verplicht)		
<input type="checkbox"/> Anders, nl _____		

<u>Desinfectiemiddelen</u>	<u>Expiratiefilter</u>	<u>Aansluiting Tracheostoma</u>
<input type="checkbox"/> Desinfecteerbakje groot	<input type="checkbox"/> 50 Filterpads	<input type="checkbox"/> Nee
<input type="checkbox"/> Alcohol 70% geketoneerd, fles à 1 liter	<input type="checkbox"/> Filterhuis + 10 filterpads	<input type="checkbox"/> Ja, zonder canule
		<input type="checkbox"/> Ja, met canule

Opmerkingen _____

AANVRAGER

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