

Aanvraag verneveltherapie (geen antibiotica-verneveling)

* verplicht veld

Gegevens verzekerde

* Voornaam _____
* Achternaam _____
* Geslacht M V _____
* Geboortedatum _____
* Adres _____
* Postcode _____
* Woonplaats _____
* Telnr. vast/mob _____
E-mailadres _____
* Zorgverzekeraar _____
* Polisnummer _____
* BSN nummer _____

Gegevens aanvrager

* Uw naam _____
* Zorginstelling _____
* Afdeling _____
* Functie _____
* Plaats _____
* Telefoonnr. _____
* BIG-nummer _____
AGB nummer _____
E-mailadres _____
* Datum aanvraag _____

Afleveradres (indien afwijkend)

Adres _____
Postcode en woonplaats _____

* Medische indicatie

Persistent astma Ernstige COPD
 Astma-exacerbatie COPD-exacerbatie
 Anders _____

* Te vernevelen geneesmiddelen

_____ Doserings/frequentie _____
_____ Doserings/frequentie _____
_____ Doserings/frequentie _____

* Vernevelapparatuur

Geen voorkeur (Westfalen Medical kiest de meest geschikte vernevelaar en toebehoren)
 Standaard vernevelaar (Philips Innospire Deluxe of Pari TurboBoy)
 Mobiele vernevelaar (Pari Velox)
 Philips Sami the Seal (voor kinderen)

*Aansluiting tracheostoma Ja Nee

Toebehoren: Westfalen Medical zal op basis van geneesmiddel en vernevelaar de juiste toebehoren leveren.

Specifieke wensen en/of opmerkingen

Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen indien van toepassing)

Nummer sticker op grijze box

Datum instructie

Contactpersoon wanneer de verzekerde niet thuis kan zijn voor levering en instructie (1. Zie onder)

Naam

Relatie tot verzekerde

Telefoonnummer

*** Uiterste leverdatum gebruik thuis**

*** Handtekening aanvrager**

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en **faxen naar 0570-858451**

1. Westfalen Medical streeft ernaar om de instructie te geven aan de verzekerde. Wanneer dit niet mogelijk is door de gewenste levertijd geeft u toestemming na het invullen van deze gegevens om de instructie te geven aan de contactpersoon.