

Aanvraag CF therapie

* verplicht veld

Gegevens verzekerde:

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht M V _____

* Geboortedatum _____

* Adres _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telefoonnummer _____

Tweede telefoonnummer _____

E-mailadres _____

* Zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN _____

Gegevens medisch specialist:

* Uw naam _____

* Zorginstelling _____

* Afdeling _____

* Plaats _____

* Telefoonnummer _____

* Functie _____

* BIG nummer _____

AGB nummer _____

E-mailadres _____

* Datum aanvraag _____

Contactpersoon wanneer verzekerde niet thuis kan zijn voor levering en instructie ¹:

Naam _____

Relatie tot verzekerde _____

Telefoonnummer _____

Afleveradres (indien afwijkend)

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Gegevens apotheek verzekerde:

Naam apotheek _____

Plaats apotheek _____

Medische indicatie: Cystic Fibrose (CF)

* Medicatie (Wordt door ApotheekZorg uitgeleverd.)

R/	S/	N ^o			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tobramycine		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300 mg per ampul	..... x daags ampul	Voor 12 mnd Anders; nl mnd Stopmaand; ja,nee <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	170 mg per ampul (Vantobra)	..... x daags ampul	Voor 12 mnd Anders; nl mnd Stopmaand; ja,nee <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colistine	..... x daags MIE	Voor 12 mnd Anders; nl mnd Stopmaand; ja,nee <input type="checkbox"/>
			Colistimethaatnatrium 1 MIE		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dornase	..... x daags 2,5 mg	Voor 12 mnd Anders; nl mnd Stopmaand; ja,nee <input type="checkbox"/>
			1mg/ml vernevelvloeistof		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aztreonam	..... x daags mg	Voor 12 mnd Anders; nl mnd Stopmaand; ja,nee <input type="checkbox"/>
			75 mg poeder		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Levofloxacin	..... x daags ampul	Voor 12 mnd Anders; nl mnd Stopmaand; ja,nee <input type="checkbox"/>
			240 mg per ampul		

Hypertoont zout wordt meegeleverd door Westfalen Medical.

Mucoclear 3% x daags ampul Voor 12 mnd Anders; nl mnd

Mucoclear 6% x daags ampul Voor 12 mnd Anders; nl mnd

Geeft de verzekerde toestemming voor het delen (LSP Landelijk schakelpunt) van zijn/haar medicatieoverzicht?
Met toestemming kunnen alle zorgverleners van de verzekerde inzien welke medicatie gebruikt wordt.

Ja, verzekerde geeft toestemming Nee, verzekerde geeft geen toestemming

*** Vernevelapparatuur en toebehoren**

Westfalen Medical levert op basis van het soort antibiotica de meest geschikte vernevelaar en toebehoren

Overig _____

*** Aansluiting tracheostoma** Ja Nee

*** Uiterste leverdatum gebruik thuis** _____

Opmerkingen

Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen indien van toepassing)

Nummer sticker op grijze box _____

Datum instructie _____

***Handtekening**

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

1. Westfalen Medical streeft ernaar om de instructie aan de verzekerde te geven. Wanneer dit door omstandigheden niet mogelijk is, geeft u toestemming om de instructie aan de contactpersoon te geven.