

Aanvraag antibiotica-verneveltherapie

* 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 _____

* Medische indicatie

Astma-exacerbatie Ernstige COPD
 Bronchiëctasieën (BE) Persisterend astma
 COPD-exacerbatie Pseudomonas infectie
 COVID-19 Anders _____

* Te vernevelen geneesmiddelen

R/	S/	N ^o		
.....	..... x daags		Voor 12 maanden	Anders; nl maanden
.....	..... x daags		Voor 12 maanden	Anders; nl maanden
.....	..... x daags		Voor 12 maanden	Anders; nl maanden

* Stopmaand antibiotica ja nee

Hypertoon zout is voor de verzekerde verkrijgbaar in onze webshop (vernevelaarinfo.nl).

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

*** Levering van de medicatie**

- De medicatie wordt via Westfalen Medical door ApotheekZorg uitgeleverd. Dit geldt alleen bij voorschrift van Colistine, Tobramycine, Levofloxacin en Aztreonam.
- De medicatie wordt door de apotheek van de verzekerde uitgeleverd.

*** Vernevelapparaat 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.