

Aanvraag BE 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: Bronchiëctasieën (BE)

* Medicatie (Wordt door ApotheekZorg uitgeleverd.)

R/	S/	N ^o				
<input type="checkbox"/> Tadim x daags	MIE	Voor 12 mnd	Anders; nl	mnd	Stopmaand; ja/nee <input type="checkbox"/>
Colistimethaatnatrium 1 MIE						
<input type="checkbox"/> Vantobra x daags	ampul	Voor 12 mnd	Anders; nl	mnd	Stopmaand; ja/nee <input type="checkbox"/>
Tobramycine 170 mg per ampul						

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

*** 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.**