

Aanvraag indicatie CF: medicatielevering incl. vernevelapparaat

* 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 _____

* Plaats _____

* Telefoonnr _____

* Functie _____

* BIG nummer _____

AGB nummer _____

E-mailadres _____

* Datum aanvraag _____

Gegevens apotheek verzekerde:

* Naam apotheek _____

* Plaats apotheek _____

Afleveradres (indien afwijkend)

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

* Medicatie

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

De medicatie wordt door ApotheekZorg uitgeleverd.

* Vernevelapparaat en toebehoren

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

Overig _____

* 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 door omstandigheden het niet mogelijk is om de levering en instructie bij de verzekerde te doen) **(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 aan de verzekerde te geven. Wanneer dit niet mogelijk is door omstandigheden geeft u toestemming na het invullen van deze gegevens om de instructie aan de contactpersoon te geven.