

AANVRAAG MACHTIGINGSFORMULIER

Verneveling

PATIËNT

Naam _____ Voorletters _____ M V
Adres _____ Geboortedatum _____
PC en Plaats _____ BSN _____
Telefoon _____ Zorgverzekeraar _____
E-mail _____ Polisnummer _____
Afleveradres Thuis (zie boven) Adres _____
 Anders (zie hiernaast) PC en Plaats _____

MEDISCHE INDICATIE

Persisterend astma Bronchopulmonale dysplasie
 Astma-exacerbatie HIV-infectie/Aids
 Ernstig COPD Pseudomonas infectie
 COPD-exacerbatie Bronchiectasieën
 Cystic Fibrose Anders, nl _____
Geneesmiddel _____ Opmerkingen: _____
Dosering per keer _____
Vernevelrequentie _____

BENODIGDE VERNEVELAPPARATUUR EN TOEBEHORENVernevelapparaat

- InnoSpire Deluxe
 InnoSpire Go (mobiel)
 Wineb Go (mobiel)
 I-Neb AAD
 Sami the Seal (pediatrisch)
 E-flow
 Akita (medische motivatie bij aanvraag verplicht)
 Anders, nl _____

Medicijnijet

- Sidestream
 Sidestream Pulmozyme
 Sidestream+
 Pari LC+

Toebehoren

- Mondstuk
 Masker < 1 jaar
 Masker 1 t/m 3 jaar
 Masker > 3 jaar

Desinfectiemiddelen

- 1711 Desinfecteerbakje groot
 1700 Alcohol 70% geketoneerd, fles à 1 liter

Expiratiefilter

- 50 Filterpads
 Filterhuis + 10 filterpads

Aansluiting Tracheostoma

- Nee
 Ja, zonder canule
 Ja, met canule

Hypertoon zout

- Hypertoon zout

Opmerkingen _____

AANVRAGER

Instelling _____ Depotnummer _____
Locatie _____ Klantnummer _____
Naam contactpersoon _____ Telefoon _____
Functie _____ Fax _____
Adres _____ E-mail _____
PC en Plaats _____
Handtekening _____ Datum _____