

## Aanvraag machtigingsformulier

# Verneveling

Wij wijzen u graag op ons voorschrijfportaal **voorschrijver.mediq.nl** waar u gemakkelijk en snel uw aanvraag voor verneveltherapie kunt doen.

### Patiënt

|              |                                                                                               |                 |       |                                                       |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|-------------------------------------------------------|
| Naam         | _____                                                                                         | Voorletters     | _____ | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V |
| Adres        | _____                                                                                         | Geboortedatum   | _____ |                                                       |
| PC en Plaats | _____                                                                                         | BSN             | _____ |                                                       |
| Telefoon     | _____                                                                                         | Zorgverzekeraar | _____ |                                                       |
| E-mail       | _____                                                                                         | Polisnummer     | _____ |                                                       |
| Afleveradres | <input type="checkbox"/> Thuis (zie boven)<br><input type="checkbox"/> Anders (zie hiernaast) | Adres           | _____ |                                                       |
|              |                                                                                               | PC en Plaats    | _____ |                                                       |

### Medische indicatie

|                                             |                                                     |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Persisterend astma | <input type="checkbox"/> Bronchopulmonale dysplasie |
| <input type="checkbox"/> Astma-exacerbatie  | <input type="checkbox"/> Pseudomonas infectie       |
| <input type="checkbox"/> Ernstig COPD       | <input type="checkbox"/> Bronchiectasieën           |
| <input type="checkbox"/> COPD-exacerbatie   | <input type="checkbox"/> Anders, nl _____           |
| <input type="checkbox"/> Cystic Fibrose     |                                                     |
| Geneesmiddel _____                          | Opmerkingen: _____                                  |
| Dosering per keer _____                     |                                                     |
| Vernevelfrequentie _____                    |                                                     |

### Benodigde vernevelapparatuur en toebehoren

#### Vernevelapparaat

- ☐ Pari Compact2 met LC Sprint vernevelset  
☐ Pari Boy Classic met LC Sprint vernevelset  
☐ Pari Boy Classic met junior vernevelset  
☐ E-flow  
☐ Velox (mobiel apparaat)  
☐ Wineb-go (mobiel apparaat)  
☐ Anders, nl \_\_\_\_\_

#### Toebehoren

- ☐ Mondstuk  
☐ Volwassen masker  
☐ Kindermasker  
     ☐ Masker < 1 jaar  
     ☐ Masker 1 t/m 3 jaar  
     ☐ Masker > 3 jaar  
☐ 50 Filterpads  
☐ Filterhuis + 10 filterpads

#### Aansluiting Tracheostoma

- ☐ Nee  
☐ Ja, zonder canule  
☐ Ja, met canule

#### Desinfectiemiddelen

- ☐ Desinfecteerbakje groot

### Gesloten vernevelsysteem leveren

☐ ja    Opmerkingen: \_\_\_\_\_

### Is er instructie gewenst door een verpleegkundige van Mediq? ☐ ja ☐ nee

Op welke manier wilt u instructie voor uw patiënt? ☐ Instructie via beeldbellen ☐ instructie bij de patiënt thuis.

Dient de verpleegkundige die langskomt voor instructie nog ergens rekening mee te houden, bijv. MRSA of andere bijzonderheden? \_\_\_\_\_

### Aanvrager

|                     |       |                       |       |
|---------------------|-------|-----------------------|-------|
| Instelling          | _____ | Depotnummer           | _____ |
| Locatie             | _____ | Klantnummer           | _____ |
| Naam contactpersoon | _____ | Telefoon              | _____ |
| AGB-code            | _____ | BIG registratienummer | _____ |
| Functie             | _____ | Fax                   | _____ |
| Adres               | _____ | E-mail                | _____ |
| PC en Plaats        | _____ |                       | _____ |
| Handtekening        | _____ | Datum                 | _____ |