

## Aanvraag machtigingsformulier

# PEP-therapie

### 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 \_\_\_\_\_

### Indicatie en benodigde apparatuur

Vink aan welke indicatie en benodigde apparatuur van toepassing is

#### Indicatie

- Astma-exacerbatie
- Bronchiëctasiën
- COPD-exacerbatie
- CF
- Ernstig COPD (III of IV)
- Inspiratoire spiertraining (MT)
- Longcarcinoom
- Longemfyseem
- Persisterend astma
- (chronische) Pseudomonasinfectie
- Tracheomalacie
- Anders, nl \_\_\_\_\_

Het betreft een tweede apparaat van de patiënt

### Functiegerichte toelichting van keuze (verplicht)

#### Algemeen

- Andere slijmmobiliserende technieken bieden
- onvoldoende resultaat
- Patiënt is onvoldoende instrueerbaar
- Anders, namelijk:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Aanvrager

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