

Aanvraag machtigingsformulier

Slijmuitzuiging

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

- Beademingspatiënt* Veel slijmproductie na KNO-operatie
 Tracheostoma Slikproblematiek
 Kind met tracheaanule Terminale longziekten
 Terminale zorg Progressieve neurologische aandoening (MS, ALS)
 Kind/ prematuur met aangeboren afwijkingen/ stofwisselingsziekten
 Anders, nl _____
 Uitzuigfrequentie _____ x daags

*Wij verzoeken u contact op te nemen met het Centrum voor Thuisbeademing aangezien zij de verstrekking van slijmuitzuigapparatuur in eigen beheer heeft.

Verwachte therapieduur (verplicht)

- kortdurend langdurend (langer dan 3 maanden)

Benodigde slijmuitzuigapparatuur en toebehoren

Soort slijmuitzuigapparatuur

- Vast uitzuigapparaat
 Mobiel uitzuigapparaat
 Medela Vario 8 (maagheveling)

Uitzuigcatheters Maat 6 ch. 8 ch. 10 ch. 12 ch. 14 ch. 16 ch.
Yankauers voor mond / keelholte Maat 12 ch. 22 ch.

Gewenste leverdatum _____

Aanvrager

Thuiszorg/ instelling _____ Klantnummer _____
Naam _____ Functie _____
AGB-code _____ BIG registratienummer _____
Adres _____ Telefoon _____
PC en Plaats _____ Fax _____
Inkoopordernummer* _____ E-mail _____

Handtekening _____ Datum _____

*LET OP! het opgeven van een inkoopordernummer is verplicht bij maagheveling!