

AANVRAAG MACHTIGINGSFORMULIER

Slijmuitzuiging

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)	Adres	_____		
	<input type="checkbox"/> Anders (zie hiernaast)	PC en Plaats	_____		

MEDISCHE INDICATIE

<input type="checkbox"/> Beademingspatiënt*	<input type="checkbox"/> Veel slijmproductie na KNO-operatie
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Slikproblematiek
<input type="checkbox"/> Kind met tracheaanule	<input type="checkbox"/> Terminale longziekten
<input type="checkbox"/> Terminale zorg	<input type="checkbox"/> Progressieve neurologische aandoening (MS, ALS)
<input type="checkbox"/> Kind/ prematuur met aangeboren afwijkingen/ stofwisselingsziekten	
<input type="checkbox"/> 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

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 _____

Thuiszorg / instelling	_____	Klantnummer	_____
Naam	_____	Functie	_____
Adres	_____	Telefoon	_____
PC en Plaats	_____	Fax	_____
		E-mailadres	_____
Handtekening	_____	Datum	_____

Aanvraag machtigingen moeten altijd ondertekend worden door een daartoe bevoegd persoon. Indien u niet tekenbevoegd bent, verzoeken wij u de ondertekende aanvraag uiterlijk binnen 7 dagen aan ons toe te sturen. Het aanleveren van een kopie van het bijbehorende en geldige uitvoeringsverzoek, met verwijzing naar de desbetreffende patiënt, is tevens afdoende.