

Aanvraagformulier Verneveltherapie

Gegevens verzekerde

Voorletters + naam _____ Telefoonnummer _____
Adres _____ E-mailadres _____
Postcode _____ BSN nummer _____
Plaats _____ Zorgverzekeraar _____
Geboortedatum _____ Polisnummer _____

Gegevens voorschrijver

Naam instelling _____
Specialist _____
Functie _____
Telefoonnummer _____
E-mailadres _____

Diagnose

Persisterend astma COPD exacerbatie Cystic Fibrose
 Astma - exacerbatie Bronchopulmonale dysplasie Pseudomonas infectie
 Ernstig COPD HIV-infectie / AIDS Bronchiëtasiën
 Anders namelijk _____
 Geneesmiddel _____ Dosering per keer _____
Antibiotica ja / nee _____
Vernevelfrequentie _____

Vernevelapparatuur medicijnjet en toebehoren

Sidestream Mondstuk
 Ventstream Masker

Aansluiting tracheostoma

Nee Ja, zonder canule Ja, met canule

Datum invulling _____

Handtekening voorschrijver _____