

Aanvraagformulier voor combinatie PEP-verneveltherapie

Het volledig ingevulde formulier kunt u e-mailen naar: verneveling.healthcare-nl@airliquide.com

Cliëntgegevens

Naam: _____ M/V Adres: _____
Geboortedatum: _____ Postcode/Woonplaats: _____
Polisnummer: _____ Telnr: _____ Mobnr: _____
BSN: _____ Zorgverzekeraar: _____
Datum van levering: _____ Afwijkend afleveradres: _____

Persisterend astma COPD-exacerbatie Cystic Fibrose
 Astma - exacerbatie Bronchopulmonale dysplasie Pseudomonas infectie
 Ernstig COPD HIV-infectie/Aids Bronchiëctasieën
 Anders namelijk: _____
 Geneesmiddel: _____ Dosering per keer: _____ Vernevelfrequentie: _____

Vernevelapparaat

Pari Turboboy
 Salter Aire
 Innospire Deluxe
 Depot aanvullen

Medicijnjet

AeroEclipse
 Depot aanvullen

PEP-apparaat

Aerobika
 Depot aanvullen

Opmerking(en): _____

Aanvrager

Ziekenhuis: _____ Naam aanvrager: _____
Adres: _____ Postcode/Woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____ AGB-nummer : _____
Datum: _____ Handtekening aanvrager: _____

longarts kinderarts huisarts
 anders namelijk: _____

Verstrekking apparatuur (voor deponhouders):

Apparaat is na instructie aan cliënt verstrekt: serienummer vernevelapparaat _____
 Graag instructie aan huis

Opmerking: _____