

# Aanvraagformulier voor combinatie PEP- verneveltherapie



Het volledig ingevulde formulier kunt u faxen via: (0320) 26 76 01 of e-mailen naar: info@medidis.nl.

## Clientgegevens

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

## Medische indicatie

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: \_\_\_\_\_

## Vernevelapparatuur

Pari Turboboy  
 Salter Aire  
 Innospire Deluxe

## Medicijnjet

AeroEclipse

## PEP-apparatuur

Aerobika  
 Opmerking(en):  
\_\_\_\_\_

Depot aanvullen

Depot aanvullen

Serienummer: \_\_\_\_\_

## Aanvrager

Ziekenhuis: \_\_\_\_\_ Naam aanvrager: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_ Postcode/Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Faxnummer: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_ Handtekening aanvrager: \_\_\_\_\_

longarts  kinderarts  huisarts  
 anders namelijk: \_\_\_\_\_

## Instructie:

Reeds gegeven  
 Graag instructie aan huis