

Aanvraagformulier voor zuurstofvoorziening thuis

The logo for MEDIDIS, featuring the word "MEDIDIS" in blue and red capital letters, with a red stylized pulse line graphic to its right.

S.V.P. het formulier volledig invullen voor de juiste afhandeling van uw aanvraag. U kunt het formulier digitaal invullen en opslaan. U kunt deze ook printen en ingevuld inscannen. Deze aanvraag sturen per e-mail naar info@medidis.nl

Gegevens verzekerde:

Voornaam: _____

Achternaam: _____

Geslacht: _____

Geboortedatum: _____

Straatnaam: _____

Huisnummer: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer vast: _____

Telefoonnummer mobiel: _____

E-mailadres: _____

Naam zorgverzekeraar: _____

Polisnummer: _____

BSN: _____

Contactpersoon thuis: _____

Gegevens apotheek verzekerde:

Naam apotheek: _____

Plaats apotheek: _____

Alleen invullen indien afwijkend afleveradres gewenst is:

Naam/Instelling: _____

Straatnaam: _____

Huisnummer: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Gegevens aanvrager:

Uw naam: _____

Zorginstelling: _____

Afdeling: _____

Plaats: _____

Telefoonnummer: _____

Functie: _____

AGB-nummer: _____

E-mailadres: _____

Datum aanvraag: _____

Ingangsdatum gebruik thuis: _____

Contra-indicaties: Indien één van de onderstaande indicaties van toepassing is bij de verzekerde dit aangeven:

Rookt de verzekerde? Ja Nee

Gebruikt de verzekerde Bleomycine? Ja Nee

Is de verzekerde in staat de zuurstofvoorziening zelfstandig te gebruiken? Ja Nee

Diagnose: Clusterhoofdpijn

Aanvraagformulier voor zuurstofvoorziening thuis

Dosering zuurstof in liters per minuut:

Per aanval: _____ L/min

Toedieningswijze:

Non-rebreather masker

Anders, namelijk: _____

Handtekening

U kunt hier nog extra informatie aangeven:

Medidis B.V.
Archimedeslaan 11
8218 ME Lelystad

Tel .nr.: (+31) 0320-267600

E-mail: info@medidis.nl
Website: www.medidis.nl