

## Aanvraag indicatie BE: medicatielevering met gratis Mucoclear 6% incl. vernevelapparaat

\* verplicht veld

### Gegevens verzekerde

\* Voornaam \_\_\_\_\_

\* Achternaam \_\_\_\_\_

\* Geslacht  M  V \_\_\_\_\_

\* Geboortedatum \_\_\_\_\_

\* Adres \_\_\_\_\_

\* Postcode \_\_\_\_\_

\* Woonplaats \_\_\_\_\_

\* Telnr. vast/mob \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

\* Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_

\* Polisnummer \_\_\_\_\_

\* BSN nummer \_\_\_\_\_

### Gegevens aanvrager

\* Uw naam \_\_\_\_\_

\* Zorginstelling \_\_\_\_\_

\* Afdeling \_\_\_\_\_

\* Plaats \_\_\_\_\_

\* Telefoonnr \_\_\_\_\_

\* Functie \_\_\_\_\_

\* BIG nummer \_\_\_\_\_

AGB nummer \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

\* Datum aanvraag \_\_\_\_\_

### Gegevens apotheek verzekerde:

\* Naam apotheek \_\_\_\_\_

\* Plaats apotheek \_\_\_\_\_

### Afleveradres (indien afwijkend)

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

R/	S/	N <sup>o</sup>		
<input type="checkbox"/> <b>Tadim</b>	..... x daags .....	MIE	Voor 12 maanden	Anders; nl ..... maanden
Colistimethaatnatrium 1 MIE				
<input type="checkbox"/> <b>Vantobra</b>	..... x daags .....	ampul	Voor 12 maanden	Anders; nl ..... maanden
Tobramycine 170 mg per ampul				
<input type="checkbox"/> <b>Mucoclear 6%</b>	..... x daags .....	ampul	Voor 12 maanden	Anders; nl ..... maanden
NaCl - 4 ml per ampul (alleen aan te vragen i.c.m. Tadim of Vantobra)				

### De medicatie wordt door ApotheekZorg uitgeleverd.

### \* Vernevelapparaat en toebehoren

Westfalen Medical levert op basis van het soort antibiotica de meest geschikte vernevelaar en toebehoren

Overig \_\_\_\_\_

\* Aansluiting tracheostoma  Ja  Nee

**Toebehoren:** Westfalen Medical zal op basis van geneesmiddel en vernevelaar de juiste toebehoren leveren.

**Specifieke wensen en/of opmerkingen**

---

---

---

**Depotbeheer locatie zorginstelling** (alleen invullen indien van toepassing)

Nummer sticker op grijze box

Datum instructie

**Contactpersoon** (wanneer door omstandigheden het niet mogelijk is om de levering en instructie bij de verzekerde te doen) **(1. zie onder)**

Naam

Relatie tot verzekerde

Telefoonnummer

**\* Uiterste leverdatum gebruik thuis**

**\* Handtekening aanvrager**

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en **faxen naar 0570-858451**

1. Westfalen Medical streeft ernaar om de instructie aan de verzekerde te geven. Wanneer dit niet mogelijk is door omstandigheden geeft u toestemming na het invullen van deze gegevens om de instructie aan de contactpersoon te geven.