

| | |
|------------------|------|
| Naam patiënt: | M/ V |
| Geboortedatum: | |
| Adres: | |
| Postcode: | |
| Plaats: | |
| Tel: | |
| Zorgverzekeraar: | |
| Polisnr.: | |

**Aanvraag vernevelapparaat
inzake thuisbehandeling**

Geachte collega,

Gaarne verzoek ik u de volgende hulpmiddelen te vergoeden en te verstrekken aan bovenstaande patiënt welke, in het kader van een respiratoire Pseudomonas aeruginosa infectie, behandeld wordt met Colistin.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> PARI TurboBOY S 7 L/min. | <input type="checkbox"/> PARI eFlow Rapid | <input type="checkbox"/> PARI filterventielset |
| <input type="checkbox"/> PARI BOY SX 9 L/min. | <input type="checkbox"/> Profile I-NEB | <input type="checkbox"/> PARI exp. filters |
| <input type="checkbox"/> Portaneb+ LC plus / Sprint | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Portaneb filterset |
| <input type="checkbox"/> Portaneb+Ventstream / Smartstream | | <input type="checkbox"/> Portaneb exp. Filters |
| <input type="checkbox"/> CR 60 8.5 L/min. | | <input type="checkbox"/> Kindermasker Colistin #2 / #3 |
| <input type="checkbox"/> _____ | | <input type="checkbox"/> _____ |

Initiatie-instructie door verpleegkundige niet gewenst.

* Vernevelaars die in de IB-1 tekst en het Hulpmiddelenkompas Vernevelapparaat worden geadviseerd. Voor vragen kunt u contact opnemen met: ApotheekZorg, ColistinZorg Service, Tel: 0800-73 237 836, e-mail: info@apotheekezorg.nl

Met collegiale groet,

Stempel:

Handtekening arts:

ApotheekZorg – CZS
Antwoordnummer 30003
6170 XV ELSLOO





Voor snelle levering: Fax formulier naar 046 – 4113051 en stuur formulier daarna op naar ApotheekZorg (gebruik sticker)