

S.V.P. het formulier volledig invullen voor de juiste afhandeling van uw aanvraag.
Deze aanvraag faxen naar: 0320 267 601 of per e-mail naar: info@medidis.nl

Gegevens Verzekerde:

Voornaam: _____
Achternaam: _____
Geslacht: _____
Geboortedatum: _____
Adres: _____
Postcode/Woonplaats: _____
Telefoonnummer vast: _____
Telefoonnummer mobiel: _____
E-mailadres: _____
Naam zorgverzekeraar: _____
Polisnummer: _____
BSN: _____

Datum aanvraag: _____

Alleen invullen indien afwijkend afleveradres gewenst is:

Adres: _____
Postcode/woonplaats: _____

Gegevens aanvrager:

Ziekenhuis: _____
Naam aanvrager: _____
Afdeling: _____
Plaats: _____
Telefoonnummer: _____
Functie: _____
AGB nummer: _____
E-mailadres: _____

Handtekening aanvrager:**Medische indicatie:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Bronchiectasieën |
| <input type="checkbox"/> Asmatische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis | _____ |

Therapie

- Pediatrie
 Kinderen
 Volwassenen

Voorkeur Type C (eventueel)

- Acapella
 Flutter
 AerobiKa
 Anders, namelijk: _____

Gewenste leverdatum:

- Is al geleverd, SVP voorraad aanvullen