

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: _____

Thuiszorg ingeschakeld? Ja Nee

Zo ja, welke: _____

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:** Tracheostoma Terminale zorg Onvoldoende ophoesten bij spierziekte Veel slijmproductie na KNO-operatie Kind met tracheacanule Slikproblematiek Anders, namelijk: _____

Benodigheden uitzuigapparatuur en toebehoren:

Soort slijmuitapparatuur:

 Elektrische pomp 220 V Mobiele pomp met accu UitzuigcathetersMaat: 8 ch. 10 ch. 12 ch. 14 ch. 16 ch. Yankauers voor mond/keelholte Vingertips: _____Instructie gewenst? Ja Nee