

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](mailto:info@medidis.nl)

**Gegevens Verzekerde:**

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

**Alleen invullen indien afwijkend afleveradres gewenst is:**

Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode/woonplaats: \_\_\_\_\_

**Gegevens aanvrager:**

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

Medische diagnose: \_\_\_\_\_

**Handtekening patiënt:**

Datum aanvraag: \_\_\_\_\_

**Handtekening aanvrager:****Verstrekking apparatuur:**

BIOSTIM Plus  BIOSTIM M7

Het apparaat opsturen naar: \_\_\_\_\_

Verzekerde  Aanvrager  Is reeds verstrekt

Serienummer TENS-apparaat: \_\_\_\_\_

**Verstrekking bruikleenapparatuur:**

Verstrekking:  Ja  Nee

**Proefperiode:**

Proefperiode:  Ja  Nee

Controledatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_