

Aanvraagformulier voor vernevelapparatuur

Het volledig ingevulde formulier kunt u e-mailen naar: verneveling.healthcare-nl@airliquide.com

Cliëntgegevens

Naam: _____ M/V Adres: _____
Geboortedatum: _____ Postcode/Woonplaats: _____
Polisnummer: _____ Telnr: _____ Mobnr: _____
BSN: _____ Zorgverzekeraar: _____
Datum van levering: _____ Afwijkend afleveradres: _____

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Persisterend astma | <input type="checkbox"/> COPD-exacerbatie | <input type="checkbox"/> Cystic Fibrose |
| <input type="checkbox"/> Astma - exacerbatie | <input type="checkbox"/> Bronchopulmonale dysplasie | <input type="checkbox"/> Pseudomonas infectie |
| <input type="checkbox"/> Ernstig COPD | <input type="checkbox"/> HIV-infectie/Aids | <input type="checkbox"/> Bronchiëctasieën |
| <input type="checkbox"/> Anders namelijk: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Geneesmiddel: _____ Dosering per keer: _____ Vernevelfrequentie: _____ | | |

Vernevelapparatuur

- Pari Boy Classic
- Salter Aire Elite
- Soffio Cube
- Innospire Deluxe
- Velox
- E Flow (alleen in specifieke gevallen)

Medicijnjet

- Sidestream
- Sidestream plus
- Pari LC Sprint
- Pari filter ventielset
- AeroEclipse

Toebehoren

- Mondstuk
- Masker

Opmerking(en): _____

Expiratiefilter

- 50 filterpads
- 100 filterpads Pari

Aansluiting tracheostoma

- Nee
- Ja, zonder canule/met canule

Aanvrager

Ziekenhuis: _____ Naam aanvrager: _____
Adres: _____ Postcode/Woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____ Faxnummer: _____
Datum: _____ Handtekening aanvrager: _____

longarts kinderarts huisarts

anders namelijk: _____

Verstrekking apparatuur (voor deponhouders):

Apparaat is na instructie aan cliënt verstrekt: serienummer vernevelapparaat _____

VitalAire BV

Archimedeslaan 11

8218 ME Lelystad

Tel: (0) 320 267 600

verneveling.healthcare-nl@airliquide.com

nl.vitalaire.com



Opmerking: _____