

AANVRAAG MACHTIGINGSFORMULIER

Slijmuitzuiging

slijmuitzuiging@mediqtefa.nl
www.mediqtefa.nl**PATIËNT**

Naam _____ Voorletters _____ M V
Adres _____ Geboortedatum _____
PC en Plaats _____ BSN _____
Telefoon _____ Zorgverzekeraar _____
E-mail _____ Polisnummer _____

Afleveradres Thuis (zie boven) Adres _____
 Anders (zie hiernaast) PC en Plaats _____

MEDISCHE INDICATIE

- Beademingspatiënt* Veel slijmproductie na KNO-operatie
 Tracheostoma Slikproblematiek
 Kind met tracheacanule Terminale longziekten
 Terminale zorg Progressieve neurologische aandoening (MS, ALS)
 Kind/ prematuur met aangeboren afwijkingen/ stofwisselingsziekten
 Anders, nl _____
Uitzuigfrequentie _____ x daags

*Wij verzoeken u contact op te nemen met het Centrum voor Thuisbeademing aangezien zij de verstrekking van slijmuitzuigapparatuur in eigen beheer heeft.

VERWACHTE THERAPIEDUUR (VERPLICHT)

- kortdurend langdurend (langer dan 3 maanden)

BENODIGDE SLIJMUITZUIGAPPARATUUR EN TOEBEHOREN

Soort slijmuitzuigapparatuur

- Vast uitzuigapparaat
 Mobiel uitzuigapparaat
- Uitzuigcatheters Maat 6 ch. 8 ch. 10 ch. 12 ch. 14 ch. 16 ch.
- Yankauers voor mond / keelholte Maat 12 ch. 22 ch.

Gewenste leverdatum _____

Thuiszorg / instelling _____ Klantnummer _____
Naam _____ Functie _____
Adres _____ Telefoon _____
PC en Plaats _____ Fax _____
E-mailadres _____

Handtekening _____ Datum _____

Aanvraag machtigingen moeten altijd ondertekend worden door een daartoe bevoegd persoon. Indien u niet tekenbevoegd bent, verzoeken wij u de ondertekende aanvraag uiterlijk binnen 7 dagen aan ons toe te sturen. Het aanleveren van een kopie van het bijbehorende en geldige uitvoeringsverzoek, met verwijzing naar de desbetreffende patiënt, is tevens afdoende.