

**AANVRAAGFORMULIER VOOR UITZUIGAPPARATUUR THUIS**  
TEL: 013 5231022 FAX: 013 5231029 E-MAIL: zuurstof@vivisol.nl

**WIJ NEMEN ENKEL VOLLEDIG INGEVULDE AANVRAAGFORMULIEREN IN BEHANDELING**

Naam	Telefoonnummer
Voorletters	Mobiel nummer
Geslacht	Contactpersoon
Adres	Tel. contactpersoon
Geboortedatum	Zorgverzekeraar
Postcode / plaats	Polisnummer

Medische indicatie en motivatie waarvoor de voorziening wordt aangevraagd:

**Behandeldoel**

- Palliatief
- Terminaal stadium
- Anders namelijk, \_\_\_\_\_

**Type Apparatuur**

- Mobiel (met accu)
- Vast

**Duur therapie**

- Kortdurend gebruik (tot maximaal 3 maanden)
- Langdurig gebruik

**Informatie uitzuigkatheter**

CH-maat uitzuigkatheter CH \_\_\_\_\_

Lengte uitzuigkatheter \_\_\_\_\_ cm

Gemiddeld aantal uitzuigkatheters dat per dag gebruikt gaat worden: \_\_\_\_\_

(Onze katheters hebben een atraumatische tip)

**Gewenste leverdatum**

\_\_\_\_\_

**Gegevens voorschrijver**

Naam	Functie
Ziekenhuis/praktijk	Telefoonnummer
Datum aanvraag	Handtekening