\\fsnlamf03\Continence\Logo's\Peristeen\CPPeristeen_Blue_RGB_300_PPTandWEB.png

Overstapformulier

Wilt u in het vervolg Peristeen® geleverd krijgen via een andere medisch speciaalzaak, vul dan onderstaande gegevens. Stuur het overstapformulier op naar uw nieuwe medisch speciaalzaak, deze regelt vervolgens de overstap voor u.

Voorletters:

Achternaam:

Straat:

Huisnummer:

Toevoeging:

Plaats:

Postcode:

Telefoonnummer:

Emailadres:

BSN-nummer:

Geboortedatum:

Geslacht:

* Man
* Vrouw

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Productgebruik:

* Ik gebruik Peristeen® Anaal irrigatie regular
* Ik gebruik Peristeen® Anaal irrigatie small
* Ik gebruik Peristeen® Anaaltampon
* Ik geef hierbij mijn akkoord dat   
  mijn dossier (inclusief het voorschrift/ van mijn zorgverlener) opvraagt   
  bij mijn huidige leverancier:

*(naam nieuwe leverancier)*

*(naam huidige leverancier)*

Datum:

Handtekening:

Datum: