

Naam: _____ M / V

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoon: _____ Geboortedatum: _____

Zorgverzekering: _____

Polisnummer: _____ BSN: _____

Medische indicatie voor darmspoelen: _____

Medische indicatie voor anaaltampon: _____

Toelichting/extra motivatie: _____

Verwachte zorgduur: 2-8 weken > 2 maanden
 onbekend, maar vermoedelijk meer dan 2 maanden

U ontvangt een startvoorraad voor darmspoelen voor 1 maand. Graag artikelnummers aankruisen:

Artikelnummer	Omschrijving	Levensduur
Volwassenen:		
<input type="radio"/> 29140	Peristeen Plus Systeem ballonkatheter met toiletta's	90 spoelbeurten
<input type="radio"/> 29142	Peristeen Plus Accessoires set ballonkatheter	15 spoelbeurten
<input type="radio"/> 29160	Peristeen Plus Systeem conuskatheter met toiletta's	90 spoelbeurten
<input type="radio"/> 29162	Peristeen Plus Accessoires set conuskatheter	15 spoelbeurten
Kinderen:		
<input type="radio"/> 29147	Peristeen Plus Systeem Small met toiletta's	90 spoelbeurten
<input type="radio"/> 29149	Peristeen Plus Accessoires set Small	90 spoelbeurten
Anaaltampon:		
<input type="radio"/> 1450	Peristeen Anaaltampon Klein	
<input type="radio"/> 1451	Peristeen Anaaltampon Groot	
<input type="radio"/> 29004	Peristeen Anaaltampon startpakket (2x klein, 2x groot en tube gel)	

Maximale hoeveelheid water waarmee gespoeld mag worden: _____ ml

Gewenste frequentie van darmspoelen (na oefenperiode): Dagelijk/ Om de dag Ja, ik wil thuisinstructie door Coloplast. *Let op! Aanmelding hiervoor via www.peristeensupport.nl*

Naam instelling: _____

Afdeling/poli: _____

Naam voorschrijver: _____

E-mailadres: _____

Handtekening: _____ Datum: _____

Het formulier moet door de aanvrager naar de Medisch Specialzaak gestuurd worden.