Aanvraag machtiging darmspoelen

Naam: _____ M ○ / V ○

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoon: _____ Geboortedatum: _____

Zorgverzekering: _____

Polisnummer: _____ BSN: _____

Medische indicatie voor darmspoelen: _____

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 artikelnummer aankruisen:

Artikelnummer	Omschrijving	Levensduur
Peristeen Light		
Volwassenen/kinderen:		
○ 29171	Peristeen Light (inclusief 30 conuskatheters)	30 spoelbeurten

Naam instelling: _____

Afdeling/poli: _____

Naam voorschrijver: _____

E-mailadres: _____

Handtekening: _____ Datum: _____

Het formulier moet door de aanvrager naar een Medisch Speciaalzaak gestuurd worden.

I833