

Datum: _____

Aanvraag machtiging darmspoelen

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoon: _____ Geboortedatum: _____

Zorgverzekering: _____

Polisnummer: _____ BSN: _____

Medische indicatie: _____

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

Toelichting/extra motivatie:

Soort materialen:

- Peristeen Complete Set Regular 29121
- Peristeen Complete Set Small 29126
- Peristeen Accessoires Set Regular 29122 (vervangingsset met 1 waterzak en 15 rectaalcatheters)
- Peristeen Accessoires Set Small 29127 (vervangingsset met 1 waterzak en 15 rectaalcatheters)
- Peristeen Rectaalcatheters Regular 29123
- Peristeen Rectaalcatheters Small 29128

Naam instelling: _____

Afdeling/poli: _____

Naam voorschrijver: _____

E-mailadres: _____

Handtekening: _____

Met dit formulier kunt u uw bestelling plaatsen bij uw Medisch Speciaalzaak: _____