

AANVRAAG MACHTIGING STOMAHULPMIDDELEN

INGANGSDATUM MACHTIGING	:	_____
NAAM	:	_____
GESLACHT	:	_____
GEBORTE DATUM	:	_____
ADRES	:	_____
PC/WOONPLAATS	:	_____
TELEFOONNUMMER	:	_____
ZORGINSTELLING / AFD. / K.NR	:	_____
ZORGVERZEKERAAAR	:	_____
POLISNUMMER	:	_____

VOORSCHRIJVEND ARTS/VERPLEEGKUNDIGE	:	_____
INSTELLING	:	_____
ADRES	:	_____
POSTCODE/PLAATS	:	_____
HANDTEKENING EN STEMPEL:		

MEDISCHE INDICATIE VOOR AANLEG STOMA

Verwachte zorgduur:

- Tijdelijke stoma < 3 maanden 3 - 6 maanden > 6 maanden
- Blijvend stoma

- Patiënt heeft een:
- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Colostoma | <input type="checkbox"/> Continent stoma |
| <input type="checkbox"/> Urostoma | <input type="checkbox"/> Pouch |
| <input type="checkbox"/> Ileostoma | _____ |

- Extra gebruik:
- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Reden van meerverbruik | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aantal zakken per dag | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aantal huidplaten per week | _____ |
| <input type="checkbox"/> Stomasteunbandage | _____ |
| <input type="checkbox"/> Huidbeschermingsmiddelen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reinigingsmiddelen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Overige stoma hulpmiddelen (pasta, poeder e.d.) | _____ |

Reden gebruik huidbeschermings-/reinigingsmiddelen of stomasteunbandage (verplicht invullen):

MRSA

- MRSA Positief MRSA Negatief

U kunt de aanvraag machtiging verzenden naar Bosman Medische Hulpmiddelen

Per e-mail: fostomazorg@bosman.com / Per fax: 040 - 230 88 77

Per post: Bosman Medische Hulpmiddelen

T.a.v. Klantteam Stoma

Antwoordnummer 13049

5600 VE Eindhoven

Onderdeel van:

ONEMED