

**AANVRAAG MACHTIGING ABSORBERENDE MATERIALEN**

INGANGSDATUM MACHTIGING	:	_____
NAAM	:	_____
GESLACHT	:	_____
GEBOORTEDATUM	:	_____
ADRES	:	_____
PC/WOONPLAATS	:	_____
TELEFOONNUMMER	:	_____
ZORGINSTELLING / AFD. / K.NR	:	_____
ZORGVERZEKERAAR	:	_____
POLISNUMMER	:	_____

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

**VERWACHTE ZORGDUUR**

- Langer dan 2 maanden bij verlies van urine incontinentie  
 Langer dan 2 weken bij verlies van ontlasting

**MEDISCHE INDICATIE**

- |                                                                       |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> B1 (Stoornis urinewegen)                     | <input type="checkbox"/> angeboren afwijkingen, graag toelichten      |
| <input type="checkbox"/> B1A (Mild)                                   | <input type="checkbox"/> aandoeningen urinewegen, graag toelichten    |
| <input type="checkbox"/> B1B (Matig)                                  | <input type="checkbox"/> darmproblematiek, graag toelichten           |
| <input type="checkbox"/> B1C (Ernstig)                                | <input type="checkbox"/> incontinentie bij kinderen, graag toelichten |
| <input type="checkbox"/> Neurologische problemen, graag toelichten    | <input type="checkbox"/> medicatie, graag toelichten                  |
| <input type="checkbox"/> Prostaatproblemen, graag toelichten          | <input type="checkbox"/> oncologische problemen, graag toelichten     |
| <input type="checkbox"/> Meerverbruik, hoeveel meer, graag toelichten |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Overige, graag toelichten                    |                                                                       |

Toelichting: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MRSA**

- MRSA Positief  MRSA Negatief

**GEVOLG(EN) MEDISCHE INDICATIE(S)**

- Urine incontinentie:  Stress  Urge  Gemengd  Ontlastingsincontinentie  
 Overloop  Functioneel  Totaal
- Incontinentiemateriaal  Anaaltampon  Vaginale tampon

**U kunt de aanvraag machtiging verzenden naar Bosman Medische Hulpmiddelen**

Per e-mail: [binnendienst@bosman.com](mailto:binnendienst@bosman.com) / Per fax: 040 - 254 47 11

Per post: Bosman Medische Hulpmiddelen

T.a.v. Klantteam Continentie

Antwoordnummer 13049

5600 VE Eindhoven

Onderdeel van:

**ONEMED**