

**AANVRAAG MACHTIGING AFVOERENDE 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:		

**SOORT KATHETER**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intermitterende katheter | <input type="checkbox"/> Condoom katheter (1 per dag) |
| <input type="checkbox"/> Transurethrale katheter  | <input type="checkbox"/> Suprapubisch katheter        |
| <input type="checkbox"/> Nefrostomie katheter     | <input type="checkbox"/> Penisklem                    |
|   | <input type="checkbox"/> Vaginale tampon              |

**MEDISCHE INDICATIE**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> B1 (Stoornis urinewegen)                  | <input type="checkbox"/> Aangeboren afwijking, graag toelichten   |
| <input type="checkbox"/> B1A (Mild)                                | <input type="checkbox"/> Aandoening urinewegen, graag toelichten  |
| <input type="checkbox"/> B1B (Matig)                               | <input type="checkbox"/> Oncologische problemen, graag toelichten |
| <input type="checkbox"/> B1C (Ernstig)                             | <input type="checkbox"/> Prostaatproblemen, graag toelichten      |
| <input type="checkbox"/> Neurologische problemen, graag toelichten | <input type="checkbox"/> Anders, graag toelichten                 |

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

**BLAASSPOELVLOEISTOF**

(Indien van toepassing) Aantal  
Per  Dag  Week  Maand  Anders \_\_\_\_\_  
Reden spoelen \_\_\_\_\_

**KATHETERWISSEL**

(Indien van toepassing) Aantal  
Per  Dag  Week  Maand  Anders \_\_\_\_\_  
Reden \_\_\_\_\_

**MRSA**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> MRSA Positief | <input type="checkbox"/> MRSA Negatief |
|--|--|

**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 Urologie

Antwoordnummer 13049

5600 VE Eindhoven

Onderdeel van:

**ONEMED**