

AANVRAAG MACHTIGING DIABETES

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het Klantteam Diabetes op 0800 - 0662.

Verzend dit formulier naar binnendienstdiabetes@bosman.com, per post naar Antwoordnummer 13049, 5600VE Eindhoven of per fax naar 040 - 230 88 77.

Gegevens patiënt (verplicht invullen) Naam _____ M / V Geboortedatum _____ Adres _____ Postcode en Woonplaats _____ Telefoonnummer _____ Zorgverzekeraar _____ Verzekeringsnummer _____ BSN _____	Gegevens instelling (verplicht invullen) Voorschrijver _____ Behandelend arts _____ Handtekening _____ Datum _____
--	--

Medische indicatie (verplicht invullen) <input type="checkbox"/> DM Type 1 <input type="checkbox"/> DM Type 2 <input type="checkbox"/> Diabetes Gravidarum Uitgerekende datum: ____ - ____ - ____	Ingangsdatum machtiging (verplicht invullen): ____ - ____ - ____
--	--

Therapie (verplicht invullen) <input type="checkbox"/> Alleen orale medicatie <input type="checkbox"/> Maximale orale medicatie, overgang naar insulinertherapie <input type="checkbox"/> 1 x daags insulinertherapie <input type="checkbox"/> 2 x daags insulinertherapie <input type="checkbox"/> 3 x daags of vaker insuline <input type="checkbox"/> GLP-1 (Vergoeding pennaalden is afhankelijk van de zorgverzekeraar, overige materialen worden NIET vergoed.) <input type="checkbox"/> Insulinepompherapie
--

Test _____ keer per dag / Test _____ keer per week

Extra aantallen nodig (volledig invullen indien van toepassing):	
Teststrips <input type="checkbox"/> Eenmalig _____ extra <input type="checkbox"/> Tijdelijk _____ extra teststrips tot ____ - ____ - ____ <input type="checkbox"/> Blijvend _____ extra teststrips per 3 maanden	Ampullen <input type="checkbox"/> Eenmalig _____ extra <input type="checkbox"/> Tijdelijk _____ extra ampullen tot ____ - ____ - ____ <input type="checkbox"/> Blijvend _____ extra ampullen per 3 maanden
Infusiesets <input type="checkbox"/> Eenmalig _____ extra <input type="checkbox"/> Tijdelijk _____ extra infusiesets tot ____ - ____ - ____ <input type="checkbox"/> Blijvend _____ extra infusiesets per 3 maanden	Canules <input type="checkbox"/> Eenmalig _____ extra <input type="checkbox"/> Tijdelijk _____ extra canules tot ____ - ____ - ____ <input type="checkbox"/> Blijvend _____ extra canules per 3 maanden
Medische reden extra aantallen <input type="checkbox"/> Instellen start therapie <input type="checkbox"/> Moeilijk instelbaar <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____	

Extra functionaliteit (volledig invullen indien van toepassing): <input type="checkbox"/> Veiligheidsnaalden <input type="checkbox"/> Veiligheidslancetten <input type="checkbox"/> Sprekende bloedglucosemeter <input type="checkbox"/> Bloedglucosemeter met teststripcassette
Medische reden extra functionaliteit: _____ _____ _____

Thuislevering / Afwijkend afleveradres				
	Aantal	Merk	Type	Indien afwijkend afleveradres:
<input type="checkbox"/> Bosmanpakket	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Startpakket	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Prikpen	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Teststrips	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Lancetten	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Insulinenaalden	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Insulinepen	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Overig	_____	_____	_____	_____
				Opmerkingen:

