

## AANVRAAG MACHTIGING DISPOSABLE ONDERLEGGERS

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:

### MEDISCHE INDICATIE

- Terminaal bedlegerig  
 Rectaal toucheren  
 Anaal spoelen  
 Klysma  
 Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

### AANTAL ONDERLEGGERS

- 1 stuk per 24 uur  
 meerdere stuks per 24 uur, graag toelichten aantal stuks en gebruik materiaal

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### MRSA

- MRSA Positief  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 Continentie

Antwoordnummer 13049

5600 VE Eindhoven

Onderdeel van:

**ONEMED**