

AANVRAAG MACHTIGING DARMSPOELEN
BOSMAN MEDISCHE HULPMIDDELEN / AGB-Code: 76079729



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

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

MEDISCHE INDICATIE SPOELEN

Stoma

Anaal

NAAM SPOELSYSTEEM

HOE VAAK MOET ER GESPOELD SPOELEN?

HOE ZIET HET OPBOUWSCHEMA ERUIT?

MET HOEVEEL ML WATER MOET ER GESPOELD WORDEN?

INSTRUCTIE DOOR

Ziekenhuis

Bosman/Fabrikant

MRSA

MRSA Positief

MRSA Negatief

U kunt de aanvraag machtiging verzenden naar OneMed
Per e-mail: binnendienst@onemed.com / Per fax: 040 254 47 11
Per post: OneMed
T.a.v. Klantteam Stoma
Antwoordnummer 13049
5600 VE Eindhoven