

Aanvraagformulier machtiging stomahulpmiddelen

Let op: vergeet niet de achterzijde in te vullen.

Patiëntgegevens

Datum _____

Naam _____ m / v

Adres _____

PC/Woonplaats _____

E-mailadres _____

Zorgverzekering _____ Geboortedatum _____

Polisnummer _____ Telefoon thuis _____

BSN _____ Telefoon mobiel _____

Medische indicatie _____

Soort stoma

Colostoma Urostoma Mucose fistel

Ileostoma Continent stoma Anders, nl. _____

Soort materialen

1-delig Merk _____ Bestelnr. _____ Aantal _____

Huidplakken Merk _____ Bestelnr. _____ Aantal _____

Zakjes Merk _____ Bestelnr. _____ Aantal _____

Aanvullende hulpmiddelen _____ Aantal _____

_____ Aantal _____

_____ Aantal _____

_____ Aantal _____

21994



Aanvraagformulier machtiging stomahulpmiddelen

Soort materialen

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Gaasjes | <input type="radio"/> Afvalzakjes |
| <input type="radio"/> Stomaschaartje | <input type="radio"/> Handschoenen S / M / L / XL (€ 4,95 per 100 stuks)* |
| <input type="radio"/> Matrasovertrek 1p / 2p | <input type="radio"/> Washandjes (€ 4,95 per 50 stuks)* |
| <input type="radio"/> Overig / bijzonderheden _____ | <input type="radio"/> Scheermesjes (€ 3,95 per 10 stuks)* |

* Deze materialen worden niet vergoed door de zorgverzekeraar.

Stomasteunbandage

- Aanvraag stomasteunbandage

Afleveradres

- Bij patiënt thuis
- Anders, nl. _____

Gegevens ziekenhuis

Naam ziekenhuis _____

Afdeling _____

Naam arts /
stomaverpleegkundige _____

Handtekening _____