

## Medische Hulpmiddelen

Zou u zo vriendelijk willen zijn om onderstaande gegevens op onderstaande formulier in te vullen? Wij hebben deze gegevens nodig om een goede service te kunnen bieden. Door dit formulier volledig in te vullen kunnen wij producten en diensten direct aan de betreffende patiënt leveren.

### Patiëntgegevens

<i>Naam</i>	<i>M</i>	<i>V</i>
<i>Adres</i>	<i>Zorgverzekeraar</i>	
<i>PC + Plaats</i>	<i>Polisnummer</i>	
<i>Geboortedatum</i>	<i>E-mailadres</i>	
<i>BSN</i>	<i>Telefoonnummer</i>	

### Deze aanvraag betreft:

Levering van producten/hulpmiddelen t.b.v. tracheostoma na **laryngectomie**.

Levering van producten/hulpmiddelen t.b.v. tracheostoma na **tracheotomie**.

Andere aanvraag, namelijk:

### Medische motivering

Langdurige beademing.	Chirurgie Hoofd-Halsgebied
Tweezijdige stembandverlamming.	Aspiratie
Verwondingen aan strottenhoofd en/of trachea.	Larynxcarcinoom
Tumoren die het functioneren van de pharynx, larynx, trachea of oesophagus beïnvloeden.	Acute en/of chronische luchtwegobstructie (bijv. trauma, geboorte-afwijking of zwelling).
Oedeem van de larynx, trachea, tong of keel.	Anders, namelijk:

### Ondertekening aanvrager

<i>Naam</i>	<i>Functie</i>
<i>Instelling</i>	<i>E-mailadres</i>
<i>Datum</i>	<i>Handtekening</i>

Gelieve dit document (digitaal) ingevuld retour te sturen:

Per e-mail: [info@mdsbv.com](mailto:info@mdsbv.com)

Per post: [Antwoordnummer 46, 9750 VX Haren](#) (Versturen naar een antwoordnummer is voor u kosteloos.)



24/04/24

#### MDS B.V.

Postbus 123  
9750 AC Haren  
Tel: 050 - 569 0038

IBAN: NL98ABNA0463832426  
BTW#: NL852331307B01  
KVK#: 56850638

Web: [www.mdsbv.com](http://www.mdsbv.com)  
E-mail: [info@mdsbv.com](mailto:info@mdsbv.com) (customer service)  
[orders@mdsbv.com](mailto:orders@mdsbv.com) (orders)