

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> <input type="checkbox"/>	<i>V</i> <input type="checkbox"/>
<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

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

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
E-mail: info@mdsbv.com (customer service)
orders@mdsbv.com (orders)