

Thuiswisseling tracheacanule

Patientgegevens

Naam *M* *V*

Adres *E-mail*

PC + Plaats *Naam Ziekenhuis*

Geboortedatum *Naam Specialist*

Telefoonnummer

Middels deze verklaring, getuigt ondergetekende dat:

bovengenoemde patiënt in staat is en toestemming heeft om zelfstandig de buitencanule te wisselen indien dit noodzakelijk is.

de buitencanule in de thuissituatie wordt gewisseld door een daartoe bevoegd persoon (gespecialiseerd verpleegkundige of specialistische thuiszorg).

Overige bijzonderheden/opmerkingen

Ondertekening aanvrager

Naam

Datum

Handtekening

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)