

Slijmuitzuiging

Patientgegevens

Naam M V

Adres E-mail

PC + Plaats Telefoonnummer

Geboortedatum BSN-nummer

Afleveradres Thuis (zie hierboven) Contactpersoon

Afleveradres (zie hiernaast) Adres

Gewenste leverdatum PC + Plaats

..... Telefoonnummer

Medische indicatie

Langdurige beademing* Tracheotomie

Terminale zorg Laryngectomie

Anders namelijk:

Uitzuigfrequentie x daags

*Wij verzoeken u contact op te nemen met het Centrum voor Thuisbeademing aangezien zij de verstrekking van slijmuizigapparatuur in beheer heeft.

Verwachte therapieduur (verplicht)

Kortdurend Langdurend (langer dan 3 maanden)

Benodigde slijmuitzuigapparatuur en toebehoren

Soort slijmuitzuigapparatuur

Vast uitzuigapparaat

Mobiel uitzuigapparaat

Uitzuigcatheters *Maat:* 6 ch. 8 ch. 10 ch. 12 ch. 14 ch. 16 ch.

Yankauers voor mond/keelholte *Maat:* 4 mm 6 mm 8 mm

Monduitzuiger

Ondertekening aanvrager

Datum Adres

Instelling/Afd. PC + Plaats

Naam Telefoonnummer

Functie E-mailadres

Handtekening