



## Stopverklaring

\* Verplicht veld

### Gegevens verzekerde

\* Voornaam \_\_\_\_\_

\* Achternaam \_\_\_\_\_

\* Geslacht  M  V

\* Geboortedatum \_\_\_\_\_

\* Adres \_\_\_\_\_

\* Postcode \_\_\_\_\_

\* Woonplaats \_\_\_\_\_

\* Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Telefoonnummer mobiel \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

\* Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_

\* Polisnummer \_\_\_\_\_

\* BSN \_\_\_\_\_

Contactpersoon \_\_\_\_\_

### Gegevens medisch specialist

\* Uw naam \_\_\_\_\_

\* Zorginstelling \_\_\_\_\_

\* Afdeling \_\_\_\_\_

\* Plaats \_\_\_\_\_

\* Telefoonnummer \_\_\_\_\_

\* Functie \_\_\_\_\_

\* BIG nummer \_\_\_\_\_

\* AGB nummer \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

\* Datum aanvraag \_\_\_\_\_

### Verzoek:

Wij verzoeken u om voor bovengenoemde patiënt de therapie te beëindigen en alle verstrekte hulpmiddelen retour te halen.

### \* Therapie

<input type="checkbox"/> Nasal High Flow Therapie	<input type="checkbox"/> SPT	<input type="checkbox"/> Verneveling bij CF
<input type="checkbox"/> PAP	<input type="checkbox"/> Verneveling	<input type="checkbox"/> Zuurstof
<input type="checkbox"/> PEP	<input type="checkbox"/> Verneveling bij BE	<input type="checkbox"/> Zuurstof bij clusterhoofdpijn

### Opmerkingen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### \* Handtekening

\_\_\_\_\_

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en faxen naar 0570 - 858 451