

Akkoordverklaring voorschrijver

Westfalen Medical BV
Rigastraat 14
7418 EW Deventer
Tel. +31 (0) 570 - 858 450
Fax +31 (0) 570 - 858 451
www.westfalenmedical.nl
info@westfalenmedical.nl

Clïent gegevens

Voorletters: _____
Achternaam: _____
Adres: _____
Postcode: _____
Woonplaats: _____
Geboortedatum: _____
Telefoon: _____

Datum: _____
Verzekeraar: _____
Polisnummer: _____
Zuurstofgebruik in flow: _____
Zuurstofgebruik in uren per dag: _____

Therapie gegevens

| | Ja | Nee |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Toegestaan te vliegen: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toegestaan te reizen: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ambulant (meer dan 4 uur per dag): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Persoonlijke hulp/assistentie vereist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Opmerkingen: | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

Handtekening voorschrijver:

Handtekening client:

Naam: _____
Datum: _____

Naam: _____
Datum: _____