

Aanvraag Machtiging Medische Hulpmiddelen



DVN
winkel

DVN winkel

T (030) 687 61 52

Antwoordnummer 1021

6900 VB Zevenaar

F (030) 687 19 97

info@dvnwinkel.nl

www.dvnwinkel.nl

Aanvraag Machtiging Medische Hulpmiddelen

Ruimte voor patiënt gegevens:

Naam
Adres
Postcode
Woonplaats
Telefoon
Mobiel
E-mail
Geslacht
Geb.datum
BSN Nummer
Zorgverzekeraar
Polisnummer

In te vullen door de behandelend arts/verpleegkundige:

Medische indicatie:

- Diabetes Type I Zwangerschapsdiabetes, à terme datum
 Diabetes Type II Anders, namelijk:

Benodigde diabetes testhulpmiddelen en injectiemateriaal volgens categorie:

- A Ingesteld op maximale orale medicatie en mogelijke overgang naar insulinetherapie
 B1 Insulinetherapie met 1 insuline-injectie per dag
 B2 Insulinetherapie met 2 insuline-injecties per dag
 C Insulinetherapie met 3 of meer insuline-injecties per dag
 D Insulinetherapie met een insulinepomp
 E Extra teststrips nodig Tijdelijk tot (datum):

Aantal teststrips nodig per kwartaal:

Medische motivatie:

.....
.....

Materialen die voor vergoeding in aanmerking komen

Cat.:	Soort:	
A-B-C-D	Bloedglucosemeter	1 per 3 jaar
A-B-C-D	Teststrips	
A-B-C-D	Prikpen	1 per 2 jaar
A-B-C-D	Lancetten	
B-C-D	Pennaalden	
B-C-D	Insulinepen	1 per 3 jaar
D	Pomptoebehoren	
D	Infusiesets	
	Overige:	

Naam arts / verpleegkundige

.....

Instelling / Locatie

.....

Datum

.....

Handtekening arts/verpleegkundige

.....

Aantal uit te leveren aan de instelling:

- Pennaalden, type, lengte:
- Insulinepen, type, kleur:
- Overige:

Aantal uit te leveren aan de patiënt:

- Pennaalden, type, lengte:
- Insulinepen, type, kleur:
- Overige:

Overigen

- Kwartaalservice instellen
- Patiënt is anderstalig

namelijk:

- Reeds per fax verzonden als bestelling of
telefonisch doorgegeven als bestelling

Bestelling