

Aanvraagformulier Incontinentiemateriaal Absorberend

Naam _____

Adres _____

Geboortedatum _____

Woonplaats _____

Telefoonnummer _____

waarop de patiënt gecontacteerd kan worden
door ApotheekZorg Hulpmiddelen

Wat wil je aanvragen?

Incontinentie-absorptiemateriaal voor: Urineverlies Ontlastingverlies

In te vullen vragen:

Medische indicatie urineverlies: _____

patiënt is al meer dan 2 maanden urine incontinent

Opmerking: _____

B1a (milde stoornis urinewegen) B1b (matige stoornis urinewegen) B1c (ernstige stoornis urinewegen)

Medische indicatie ontlastingverlies: _____

patiënt is al meer dan 2 weken stoelgang incontinent

Opmerking: _____

Naam (huis) arts: _____

Handtekening:

Verstuur dit aanvraagformulier gratis naar:
ApotheekZorg Hulpmiddelen B.V.
t.a.v. zorgteam absorberend
Antwoordnummer 30
6130 VB Sittard