

Aanvraag machtiging stoma



Ingangsdatum machtiging _____

Persoonsgegevens

Naam _____ M / V

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoon _____

E-mail _____

BSN _____

Zorgverzekeraar en polisnummer _____

Gegevens aanvrager

Voorschrijvend arts/verpleegkundige _____

Instelling _____ Handtekening en stempel en/of AGB-code arts

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Medische gegevens

Medische indicatie voor aanleg stoma

Verwachte zorgduur

Tijdelijke stoma < 3 maanden 3 - 6 maanden > 6 maanden

Blijvend stoma

Patiënt heeft een Colostoma Continent stoma / pouch

Urostoma Ileostoma

Extra gebruik

Aantal extra zakken per dag _____

Aantal extra huidplaten per week _____

Overige stoma hulpmiddelen (pasta, poeder e.d.) _____

Medische reden extra gebruik (verplicht invullen)

Stomasteunbandage noodzakelijk?

Ja Nee

Zo ja, wat is de medische reden voor het gebruik van een steunbandage?

Parastomale hernia Prolaps

MRSA

MRSA Positief MRSA Negatief

U kunt de aanvraag machtiging verzenden naar Bosman per e-mail: binnendienst@bosman.com
of per post: Bosman t.a.v. Klantenadministratie, Antwoordnummer 13049, 5600 VE Eindhoven.