

## Aanvraag voor hulpmiddelen

Datum: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Verzekerdengegevens

Naam/voorletters: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Postcode/woonplaats: \_\_\_\_\_ BSN nummer: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Nummer verzekerde: \_\_\_\_\_

### Verstrekking:

Onvolledige ingevulde formulieren kunnen niet in behandeling worden genomen!

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes hulpmiddel | <input type="checkbox"/> Pruik                       | <input type="checkbox"/> Solo-apparaat                              | <input type="checkbox"/> Overig hulpmiddel |
| <input type="checkbox"/> Elastische kousen*  | <input type="checkbox"/> Ringleiding+Audiogram*      | <input type="checkbox"/> Tactiel-leesapparaat                       | <input type="checkbox"/> Spalk*            |
| <input type="checkbox"/> Gezichtshulpmiddel* | <input type="checkbox"/> TV-loupe                    | <input type="checkbox"/> Prothese*                                  | <input type="checkbox"/> Beugelapparatuur* |
| <input type="checkbox"/> Hoortoestel*        | <input type="checkbox"/> Uitw. electrostimulator     | <input type="checkbox"/> Semi-orth. schoenen*                       | <input type="checkbox"/> _____             |
| <input type="checkbox"/> Infuuspomp          | <input type="checkbox"/> Vernevelaar                 | <input type="checkbox"/> Orth. schoenen*                            | <input type="checkbox"/> _____             |
| <input type="checkbox"/> Loophulpmiddel      | <input type="checkbox"/> Zuurstof (tel. doorgegeven) | <input type="checkbox"/> <b>Vervanging / reparatie / aanpassing</b> | *met offerte                               |

### Leverancier

Naam/firmastempel: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode/woonplaats: \_\_\_\_\_  
Medewerkerscode: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Graag prijsopgave met coderingen en advies op een aparte bijlage meezenden

### Specificatie van aangevraagd hulpmiddel (Soort, type en bijzonderheden)

### Medisch geheim Motivatie/indicatie:

s.v.p. volledig invullen

- |  |                                       |  |   |
|--|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eerste aanvraag       | <b>Toepassing:</b>                    | <b>Brace:</b>                          | <input type="checkbox"/> Status na OK     |
| <input type="checkbox"/> Vervolgaanvraag       | <input type="checkbox"/> A.D.L.       | <input type="checkbox"/> Immobilisatie | <input type="checkbox"/> Status na trauma |
| <input type="checkbox"/> Tijdelijke toepassing | <input type="checkbox"/> Werksituatie | <input type="checkbox"/> Redressie     | <input type="checkbox"/> Recidief         |
| <input type="checkbox"/> Blijvende toepassing  | <input type="checkbox"/> Sport        | <input type="checkbox"/> Stabilisatie  |   |

Naam arts: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode/woonplaats: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Naamstempel: \_\_\_\_\_ Handtekening arts: \_\_\_\_\_