

AANVRAAGFORMULIER MACTHIGING

Acetylcysteïne

(in te vullen door de behandelend arts)

Delta Lloyd Zorgverzekering NV

ONDERDEEL

Zorgverzekeringen

1 GEGEVENS PATIËNT

Naam en voorletter(s)

Geboortedatum

man

vrouw

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Relatienummer

2 Wij verzoeken u onderstaande vragen te beantwoorden

a Heeft patiënt een persisterende dyspnoe (kortademigheid)

ja

nee

b Heeft patiënt een laag Forced Expiratory Volume (FEV) van <70%

ja

nee

c Is de reversibiliteit <10% van de voorspelde waarde

ja

nee

d Zijn cardiale en andere oorzaken van de longklachten uitgesloten

ja

nee

e Is er ondanks preventieve maatregelen en ten minste 6 maanden gebruik van brochusverwijders onvoldoende resultaat

ja

nee

Als u alle vragen met ja hebt kunnen beantwoorden, zullen wij uw patiënt een (doorlopende) machtiging verstrekken.

3 Betreft het een patiënt met cystic fibrosis

ja

nee

4 Naam behandelend arts

Datum

Stempel/handtekening

Het volledig ingevulde formulier kunt u sturen naar:

Delta Lloyd Zorgverzekering NV
t.a.v. Team machtigingen & verhaalszaken
Postbus 29677, 2502 LR Den Haag
onder vermelding van 'medisch geheim'