

**+ Patiëntgegevens** (u kunt ook een patiëntsticker plakken)

**Naam**

.....

**Adres**

.....

**Woonplaats**

.....

**Geboortedatum**

.....

**Telefoonnummer**

.....

**Mobiel nummer**

.....

**Zorgverzekeraar**

.....

**Huisarts**

.....

**Plaats**

.....

Overdracht ten behoeve van de levering van:

**Absorberende continentiematerialen**

Maakt uw patiënt al gebruik van absorberende continentiematerialen, vult u dan onderstaande in.

Huidige product(en): .....

.....

Huidig profiel (continentiepatiënten)

0      1      2      3      4      5      6      7

Laatste levering: .....

Geleverd voor hoe lang (in maanden): .....

**Afvoerende continentiematerialen**

Maakt uw patiënt al gebruik van afvoerende continentiematerialen, vult u dan onderstaande in.

Huidige producten: .....

.....

Patiënt wil producten geleverd krijgen via:

via apotheek

rechtstreeks aan patiënt

Ja, patiënt is akkoord met overdracht van persoonsgegevens en medische gegevens aan Hulpmiddelbezorgd.nl voor levering van hulpmiddelen via de apotheek of rechtstreeks aan de patiënt.

Ondertekening door apotheek

**Datum**

.....

**Handtekening**

.....

**Naam**

.....

**Apotheek**

.....

U kunt het ingevulde formulier aan ons toesturen via:

**Postbus 567**

**Fax: 088 486 90 01**

**4100 AN Culemborg**

**[hulpmiddelbezorgd.nl](http://hulpmiddelbezorgd.nl)**



**Meer informatie?**

Bel of mail ons adviesteam  
voor zorgprofessionals

**088 486 9000**

[apotheek@hulpmiddelbezorgd.nl](mailto:apotheek@hulpmiddelbezorgd.nl)