AANVRAAG VOOR HULPMIDDELEN

Datum: _____

DSW zorgverzekeraar
Postbus 173
3100 AD Schiedam
's-Gravelandseweg 555
Telefoon: (010) 246 64 66
Telefax: (010) 273 37 86

Verzekerde

Naam/voorletters : _____

Adres : _____ Geboortedatum ☐☐☐☐☐☐

Postcode/woonplaats : _____ BSN nummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Telefoonnummer : _____ Nummer verzekerde ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Verstrekking: **Onvolledig ingevulde formulieren kunnen niet in behandeling worden genomen!**

☐ Diabetes hulpmiddel	☐ Pruik	☐ Solo-apparatuur	☐ Overig hulpmiddel
☐ Elastische kousen*	☐ Ringleiding+Audiogram*	☐ Tactiel-leesapparaat	☐ Spalk*
☐ Gezichtshulpmiddel*	☐ TV-loupe	☐ Prothese*	☐ Beugelapparatuur*
☐ Hoortoestel*	☐ Uitw. electrostimulator	☐ Semi-orth. schoenen*	☐ _____
☐ Infuuspomp	☐ Vernevelaar	☐ Orth. schoenen*	☐ _____
☐ Loophulpmiddel	☐ Zuurstof (tel. doorgegeven)	☐ **Vervanging / reparatie / aanpassing**	*** 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 s.v.p. volledig invullen

Motivatie/indicatie: _____

_____

_____

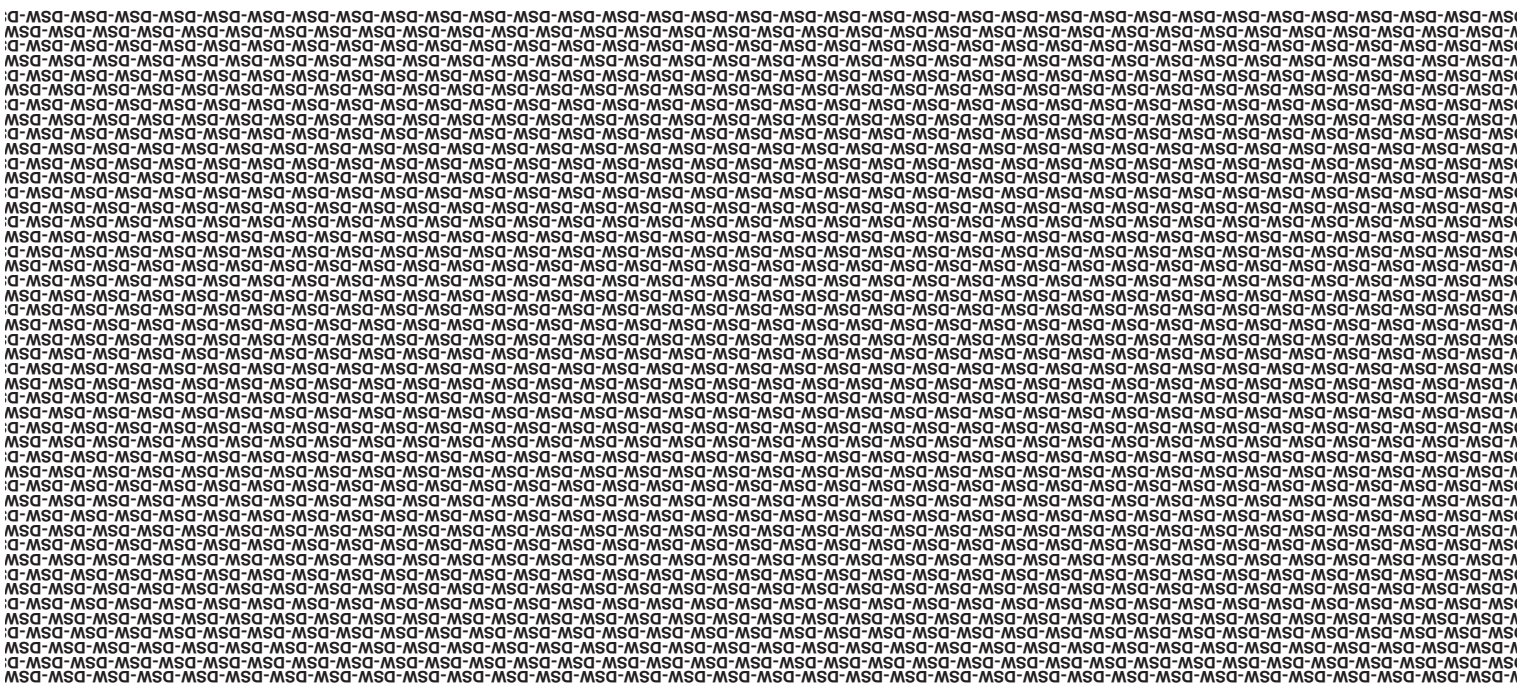
☐ Eerste aanvraag	**Toepassing:**	**Brace:**	☐ Status na OK
☐ Vervolgaanvraag	☐ A.D.L.	☐ Immobilisatie	☐ Status na trauma
☐ Tijdelijke toepassing	☐ Werksituatie	☐ Redressie	☐ Recidief
☐ Blijvende toepassing	☐ Sport	☐ Stabilisatie	

Naam arts : _____ Naamstempel:

Adres : _____

Postcode/woonplaats : _____

Datum : _____ Handtekening arts:

DSW-DSW-DSW-

MEDISCH GEHEIM