**VAKANTIE AANVRAAGFORMULIER** 

 **Centrum voor Thuisbeademing Maastricht**

**Formulieren opsturen naar *(minimaal 6 weken voor aanvang vakantie)***

MUMC+

Centrum voor Thuisbeademing

Antwoordnummer 126

6200 WC MAASTRICHT

ctbm@mumc.nl

**Persoonlijke gegevens:**

Naam: ……………………………………………………

Adres: ……………………………………………………

Woonplaats: ……………………………………………………

Telefoon/mobiel ……………………………………………………

E-mail: ……………………………………………………

**Reisperiode:**

Van ………………… t/m ……………… naar ……………………… *(land)*

Wijze van vervoer: …………………………………………………..

**Apparatuur (***a.u.b aankruisen wat voor u van toepassing is):*

* A40 pro
* A40
* Astral
* Hoestmachine
* Asskea
* Medela
* Clario Toni
* Prisma Vent
* Trilogy
* Aircurve 10cs

**In te vullen door CTbM:**

Ontvangen d.d ………………………………………………..

Gezien door: …………………………………………………….

Advies: wel / geen extra apparatuur

Patiënt op hoogte gebracht d.d. ……………………………………………….

Toestemmingsverklaring ontvangen d.d. ……………………………………………….

Medisch certificaat verstuurd d.d. ……………………………………………….

**Contact**

Heeft u na het lezen van deze informatie nog vragen, neem dan contact met ons op.

T: +31(0)43-387 63 84

E: ctbm@mumc.nl