

Datum : Bestaande cliënt : Vul BSN nummer in: Nieuwe cliënt : Vul onderstaande cliëntgegevens in**Cliëntgegevens**Naam + voorletters Geboortedatum Adres Postcode Woonplaats Telefoonnummer E-mailadres BSN nummer Zorgverzekeraar Huisarts Polisnummer **Soort katheter:** Transurethrale katheter Condoom katheter (1 per dag) Intermittierende katheter Suprapubisch katheter PenisklemCharrière maat:

(verplicht)

Datum katheterwissel: **Blaasspoeling:** NACL 0.9% Solutio R® Suby G®

Verbruik: _____ keer per week.

Medische indicatie: Blaasretentie Incontinentie Terminale fase Overig**Gegevens voorschrijver:**Naam voorschrijver Functie BIG nummer Woonplaats

Met het ondertekenen van het formulier, geef ik hierbij toestemming om mijn persoonsgegevens te verwerken volgens overeenkomend het voldoet aan de privacy statement zoals beschreven staat op onze website.

Datum:

Handtekening cliënt/wettelijk vertegenwoordiger: