

MACHTIGING

Aanvraag betreffende de vergoeding van: Vagiwell® vaginale pessaries

Aanvraagdatum:-.....-.....

Naam patiënt:.....

Adres:.....Postcode:.....Plaats:.....

Geboorte datum:.....-.....-.....

Polisnummer:.....

Ziektekostenverzekeraar:.....

Naam behandelend gynaecoloog:

Ziekenhuis/Praktijk:Plaats:..... Tel:.....

Geachte collega,

Hierbij verzoek ik u een machtiging tot vergoeding te willen verlenen voor het gebruik van **Vagiwell® vaginale pessaries**.

Bovengenoemde patiënte is bij mij onder behandeling voor klachten ten gevolge van:

- Vaginale stenose als gevolg van chirurgie of radiotherapie
- Vaginale chirurgie
- Lichen Sclerosus
- Vaginale agenesie
- Een transgender operatie
- Vaginisme
- Bekkenbodemp therapie
- Dyspareunie

Met belangstelling zie ik uit naar uw beslissing.

Met collegiale groet,