

SOCIAL DEVELOPMENT
 Health Services Unit
 P.O. Box 5500, Fredericton, N.B., E3B 5G4
 Toll Free: 1-844-551-3015
 Fax: (506) 453-3960



DÉVELOPPEMENT SOCIAL
 Unité des services de santé
 C.P. 5500, Fredericton N.-B., E3B 5G4
 Sans Frais: 1-844-551-3015
 Télécopieur: (506) 453-3960

BREATHING AIDS APPLICATION FORM
DEMANDE D'APPLICATION POUR L'ASSISTANCE RESPIRATOIRE

CLIENT INFORMATION | RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

LAST NAME / NOM DE FAMILLE	FIRST NAME / PRENOM	DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE
ADDRESS / ADRESSE	CITY, TOWN, VILLAGE / VILLE, VILLAGE	POSTAL CODE / CODE POSTAL
TELEPHONE / TELEPHONE	HEALTH CARD / CARTE D'ASSISTANCE MEDICALE	

PART B : PRESCRIPTION / ORDONNANCE

TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN | A ÊTRE COMPLÉTÉ PAR UN MÉDECIN

INITIAL PRESCRIPTION / ORDONNANCE INITIALE RENEWAL / RENOUVELLEMENT

PHYSICIAN CONTACT INFORMATION / COORDONÉES DU MEDECIN

NAME / NOM : _____ SIGNATURE : _____

SPECIALTY/ SPÉCIALITÉ _____ DATE : _____

**A PHYSICIAN, RESPIRATORY THERAPIST OR NURSE PRACTICIONER MUST COMPLETE THIS SECTION
 UN DOCTEUR, STOMOTHÉRAPEUTE OU UNE INFIRMIÈRE PRACTICIENNE DOIT COMPLÉTER CETTE SECTION**

Please specify circumstances applicable to this patient / SVP veuillez indiquer les circonstances attribuable a cette personne
 Medical condition, diagnosis and projected length of usage. / L'état de santé, le diagnostic et la durée projetée de l'utilisation.

PART C : SERVICE PROVIDER CONTACT INFORMATION / COORDONÉES DU FOURNISSEUR DE SERVICES

TO BE COMPLETED BY AN AUTHORISED VENDOR ONLY / A ÊTRE COMPLÉTÉ PAR UN FOURNISSEUR AUTORISÉ

CONTACT NAME: _____ TELEPHONE: _____ FAX: _____
 PERSONNE RESSOURCE: _____ TELEPHONE: _____ TELECOPIEUR: _____

VENDOR: _____
 FOURNISSEUR: _____

VENDOR IDENTIFICATION NUMBER : _____
 NUMERO D'IDENTIFICATION DU FOURNISSEUR : _____

The client, and other household members, have received education relevant to the equipment provided and are willing to comply with the treatment plan prescribed, including smoking cessation.

Le client et d'autres membres de la maison, ont reçu l'éducation pertinente pour l'équipement fourni et sont enclins à respecter le plan de traitement prescrit, y compris le sevrage tabagique.

YES
OUI

NO
NON

VENDOR SIGNATURE : _____ DATE : _____
 SIGNATURE DU FOURNISSEUR : _____

**ANY CHANGES MUST BE PRIOR APPROVED - PRODUCTS THAT HAVE NOT BEEN AUTHORIZED WILL NOT BE PAID.
 TOUT CHANGEMENTS DOIT ÊTRE APPROUVÉES EN AVANCE - LES PRODUITS QUI NE SONT PAS AUTORISÉ NE SERONT PAS PAYÉS.**

