

WOUND SPRAY

Receptformulier | ZN-aanvraagformulier

In te vullen door (huis)arts of verpleegkundig specialist



GEGEVENS PATIËNT	
AHTERNAAM/ VOORLETTER(S)	<input type="radio"/> MAN <input type="radio"/> VROUW
BSN	GEBOORTE DATUM
ZORG- VERZEKERAAR	POLIS NR.
ADRES	
WOONPLAATS	POSTCODE

PRODUCT	INHOUD	ARTIKELNR.	Z-INDEXNR.	LEVERING PRODUCT(EN)	VERPAKKING(EN):
WOUND SPRAY	10 ml	70-0010	16396995	<input type="radio"/> Thuis <input type="radio"/> Zorginstelling stuk(s)

ZORGPLAN		
INDICATIE: <input type="radio"/> Brandwond, graad 2/3 <input type="radio"/> Oncologische wond <input type="radio"/> Decubituswond <input type="radio"/> Wond na trauma <input type="radio"/> Inflammatoire huidaandoening <input type="radio"/> Recidiverende wond <input type="radio"/> Wond bij circulatiestoornis/ulcus cruris <input type="radio"/> Wond bij diabetes mellitus <input type="radio"/> Wondinfectie <input type="radio"/> Ernstig littekenweefsel <input type="radio"/> Anders namelijk: 	DATA VERSTREKKING: Datum eerste verstekking: Datum tweede verstekking: VERBANDWISSELFREQUENTIE: <input type="radio"/> Dagelijks <input type="radio"/> Anders namelijk: 	LOCATIE EN OMVANG WOND: Breedste deel van de wondcm Langste deel van de wondcm

BEOORDELING TEN BEHOEVE VAN DE VERGOEDING	
Is de beoordeling van de wond gedaan door de (huis)arts of verpleegkundig specialist?	<input type="radio"/> JA
Is er sprake van een ernstige aandoening waarbij (huis)arts of verpleegkundig specialist behandelaar blijft?	<input type="radio"/> JA
Is er sprake van gecompliceerde wondzorg met een behandelduur van langer dan 14 tot 21 dagen?	<input type="radio"/> JA

GEGEVENS BEHANDELAAR	
NAAM (HUIS)ARTS/ VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST	
SPECIALISME	
INSTELLING	PLAATS
Bij het zetten van de handtekening wordt tevens bevestigd dat de patiënt op de hoogte is dat dit formulier wordt doorgezonden naar een derde partij (apothek, medisch speciaalzaak of BAP Medical B.V.) voor het verwerken, controleren, declareren en verzenden van producten.	
HANDTEKENING (HUIS)ARTS/ VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST	DATUM
HANDTEKENING LEVERANCIER NA LEVERING	DATUM

Lever dit formulier volledig ingevuld en ondertekend in bij uw apotheek, medisch speciaalzaak of BAP Medical B.V. info@bap-medical.com | fax: 055 - 355 91 98