

Scarban®

RECEPTFORMULIER ZN-AANVRAAGFORMULIER

GRATIS THUISBEZORGD
DISTRIBUTIE@BAP-MEDICAL.COM
FAX 055-355 91 98

Gegevens patiënt IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND ARTS/VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

| | |
|-----------------|---|
| NAAM VERZEKERDE | VOORLETTER(S) |
| BSN | GEBORTE DATUM |
| POLISNUMMER | MAN <input type="radio"/> VROUW <input type="radio"/> |
| ZORGVERZEKERAAR | |
| ADRES | |
| PLAATS | POSTCODE |

| Type behandeling | Behandeladvies |
|---|--|
| <input type="radio"/> Hypertrofisch litteken | <input type="radio"/> Dagelijks het siliconenverband dragen conform gebruiksaanwijzing |
| <input type="radio"/> Keloïd litteken | |
| <input type="radio"/> Te verwachten hypertrofisch / keloïd litteken n.a.v. een ingreep | |
| <input type="radio"/> Diversen namelijk: | |
| Beoordeling t.b.v. de vergoeding | Verstrekking |
| Is de beoordeling van het litteken gedaan door de arts of verpleegkundig specialist? <input type="radio"/> JA | Eerste verstrekking d.d. : |
| Is er sprake van een ernstige aandoening waarbij verpleegkundig specialist of arts behandelaar blijft? <input type="radio"/> JA | Tweede verstrekking d.d.: |
| Is er sprake van gecompliceerde littekenzorg met een behandelduur van langer dan 14 tot 21 dagen? <input type="radio"/> JA | Beoordeling t.b.v. de vergoeding |
| Lengte keizersnede (litteken) | Geschatte behandelduur: |
| Aantal cm: | <input type="radio"/> 6 maanden |
| | <input type="radio"/> 6 - 12 maanden |
| | <input type="radio"/> > 12 maanden |

| SCARBAN ELASTIC siliconenverband | ZI-NUMMER | FORMAAT | STUKS PER VERP. | AANTAL VERP. |
|---|-----------|-----------|-----------------|--------------|
| Keizersnede (C-Section)   | 16580710 | 21 x 6 cm | 1 | |

Gegevens arts/verpleegkundig specialist IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND ARTS / VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

| | |
|---|--------------------------------------|
| NAAM ARTS/VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST | |
| SPECIALISME | |
| NAAM INSTELLING | VESTIGINGSPLAATS |
| 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 ARTS / VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST | HANDTEKENING LEVERANCIER NA LEVERING |
| DATUM | DATUM |

SB-RXNL-C-Section-001

BAPMEDICAL
MEDICAL CARE FOR THE SKIN

BAP Medical B.V.
Postbus 531, 7300 AM Apeldoorn

T. +31(0)55 - 355 25 80
F. +31(0)55 - 355 91 98

info@bap-medical.com
www.bap-medical.com