



**RECEPT EN
AANVRAAGFORMULIER
VERBANDMIDDELEN**

Poli Dermatologie
Academisch Medisch Centrum
Tel: 020-5662530
Fax: 020-6960076

Patiëntgegevens (of sticker)

Naam patiënt:
Geboortedatum:
Adres:
Woonplaats:
Zorgverzekeraar:
Polisnummer:

Datum ontstaan van de wond:

Datum start behandeling:

Wondtype

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ulcus Cruris | <input type="checkbox"/> Wond bij circulatiestoornis | <input type="checkbox"/> Decubituswond |
| <input type="checkbox"/> Wond bij diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Wond na trauma | <input type="checkbox"/> Recidiverende wond |
| <input type="checkbox"/> Inflammatoire huidaandoeningen | <input type="checkbox"/> Chirurgische wond | <input type="checkbox"/> Wondinfectie |
| <input type="checkbox"/> Oncologische wond | <input type="checkbox"/> Brandwond, graad 2 of 3 | <input type="checkbox"/> Ernstig littekenweefsel |
- Anders, nl:

Beoordeling ten behoeve van de vergoeding verbandmaterialen m.b.t wondzorg

1. Is de beoordeling van de wond gedaan door de arts of verpleegkundig specialist Ja
2. Is er sprake van een ernstige aandoening waarbij arts of verpleegkundig specialist behandelaar blijft? Ja
3. Is er sprake van gecompliceerde wondzorg met een behandelduur van langer dan 14 tot 21 dagen? Ja

Indien alle bovenstaande vragen met ja kunnen worden beantwoord en de wondtypering is aangegeven, dan worden de verbandmaterialen vergoed vanuit de Basisverzekering. Voor verdere informatie zie het toelichtingformulier (te vinden op www.zn.nl/formulieren).

Recept / Behandelvoorschrift	Datum:
R/	
<input type="checkbox"/> Tegaderm Film bestelnr 1627 z-index 14211920 10 x 25 cm verpakking: 20 stuks	
<input type="checkbox"/> Tegaderm Film bestelnr 1628 z-index 14216256 15 x 20 cm verpakking: 10 stuks	
<input type="checkbox"/> Tegaderm Film bestelnr 1629 z-index 12370401 20 x 30 cm verpakking: 10 stuks	
<input type="checkbox"/> Tegaderm Film ovaal bestelnr 1630P z-index 14181290 10 x 11.5 cm verpakking: 5 stuks	
Behandelvoorschrift (omcirkel):	
1x daags / 2x daags / 3x daags / 2x per week / 3x per week / anders, nl:	

Naam voorschrijver: Handtekening:

arts verpleegkundig specialist

Paraaf leverancier na levering: Datum: