



INNOVATION IN (BIO)ACTIVE WOUND MANAGEMENT

LDT MADENTHERAPIE / BIOCHIRURGIE

Aanvraag voor poliklinische behandeling

Vergoeding (niet geregistreerd) geneesmiddel door zorgverzekeraar

Naam Ziekenhuis:

Plaats:

Afdeling:

Naam en functie aanvrager:

Naam patiënt: Dhr./Mevr.*

Adres: (*s.v.p. omcirkelen)

Postcode: Woonplaats:

Geboortedatum:

Zorgverzekeraar: Polisnummer:

Adres en datum aflevering:

Op basis van indicatie:

diabetische ulcera decubituswonden dehiscente chirurgische wonden veneuze beenulcera

Datum ingang therapie thuis: Zo spoedig mogelijk gezien de urgentie.

Verpakkingshoeveelheid	maatvoering	aantal
<input type="checkbox"/> Losse maden 100 stuks	n.v.t.	_____
<input type="checkbox"/> Losse maden 200 stuks	n.v.t.	_____
<input type="checkbox"/> BioBag 50	2,5 x 4 cm.	_____
<input type="checkbox"/> BioBag 100	4 x 5 cm.	_____
<input type="checkbox"/> BioBag 200	5 x 6 cm.	_____
<input type="checkbox"/> BioBag 300	6 x 12 cm.	_____

Behandeling voor de duur van minimaal _____ weken (indien van toepassing)

Voor akkoord vergoeding en betaling door zorgverzekeraar:

Naam Zorgverzekeraar:

Naam gemachtigde:

Datum: Code t.b.v. facturatie / betaling

Handtekening gemachtigde

FORMULIER ALTIJD VERGEZELD VAN EEN VOLLEDIG INGEVULDE ARTSENVERKLARING FAXEN NAAR BIOLOGIQ > F 055 - 368 44 66 OF E-MAIL INFO@BIOLOGIQ.NL