

# Aanvraag vergoeding Aldanex<sup>®</sup> Skin Protectant

ter beoordeling door de medisch adviseur van de zorgverzekeraar CZ : [mbz.hulpmiddelen@cz.nl](mailto:mbz.hulpmiddelen@cz.nl)



## Gegevens verzekerde

Geboortedatum: .....

Relatie/polisnummer: .....

**Indicatie voor inzet Aldanex:** .....

**VERPLICHT, vanaf min. epitheelschade!** .....

**criterium complexe wond.** .....

**Maat tube Aldanex:**  85 gram, ZI nr. 16017331

*(aankruisen wat van toepassing is)*

115 gram, ZI nr. 15983064

**Naam Medisch Speciaalzaak** .....

**Verwachte duur toepassing:** .....

**Voorgeschreven door:** .....

**Functie:** .....

**Naam instelling:** .....

**Plaats:** .....

**Datum:** .....

**Handtekening:** .....

