

Aanvraagformulier voor vergoeding van Granulox® Hemoglobinespray

ter beoordeling door de medisch adviseur van de zorgverzekeraar CZ : mbz.hulpmiddelen@cz.nl

Patiëntgegevens:

Datum:

Geboortedatum: ... / ... /

Zorgverzekeraar: _____

Polisnr: _____

Let op, niet te gebruiken bij:

- Gebruik lokaal antibiotica? Ja / Nee
- Is de verzekerde zwanger? Ja / Nee

Is de wondheling gestagneerd gedurende tenminste 2 weken? Ja / Nee

Wondtype:

- Diabetische voetulcera
- Ulcera cruris arterieel
- Ulcera cruris veneus
- Decubituswonden
- Anders: _____

Reden van inzet :

Naam medisch specialzaak/apotheek :

Z-index registratienummer voorgeschreven product

- 15941957 – Wondspray – Verpakkingshoeveelheid: sprayflacon 12 ml

Is er sprake van een herhaling na eerdere inzet: ja, NVT

Bij ja: wat was het effect van de eerdere toepassing:

Verwachte duur van de toepassing:

4-8 weken 8-12 weken langer dan 12 weken

Naam (huisarts) arts /verpleegkundig specialist

Handtekening

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a handwritten signature.