



INNOVATION IN (BIO)ACTIVE WOUND MANAGEMENT

LDT Madentherapie

Aanvraag voor poliklinische behandeling

Vergoeding (niet geregistreerd) geneesmiddel door zorgverzekeraar

**Naam Ziekenhuis
of Instelling**

Plaats:

Afdeling:

Naam en functie aanvrager:

Patiënt nummer (geen naam) : **Geboortejaar**

Zorgverzekeraar: Polisnummer:

Adres en datum aflevering:

Op basis van indicatie:

O diabetische ulcera O decubituswonden O dehiscente chirurgische wonden O veneuze beenulcera

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

Verpakkingshoeveelheid	maatvoering	aantal
<input type="radio"/> BioBag 50	2,5 x 4 cm.	_____
<input type="radio"/> BioBag 100	4 x 5 cm.	_____
<input type="radio"/> BioBag 200	5 x 6 cm.	_____
<input type="radio"/> BioBag 300	6 x 12 cm.	_____

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

Patiënt nummer (geen naam) : **Geboortejaar**

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**