





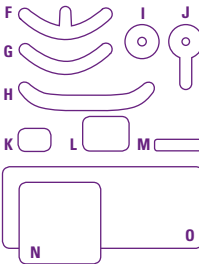


RECEPTFORMULIER & ZN-AANVRAAGFORMULIER

GRATIS THUISBEZORGD? → DISTRIBUTIE@BAP-MEDICAL.COM OF FAX 055-355 91 98

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND ARTS / VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

NAAM VERZEKERDE	VOORLETTER(S)
BSN	GEBORTE DATUM
POLISNUMMER	MAN <input type="radio"/> VROUW <input type="radio"/>
ZORGVERZEKER AAR	
ADRES	
PLAATS	POSTCODE

PRODUCT	ZI-NUMMER	INHOUD / FORMAAT	STUKS PER VERP.	AANTAL VERP.
BAPSCARCARE 	Siliconen littekengel			
A  GEL	15614891	A 20 gram	1 tube	
B  GEL SPF 25	16248767	B 10 gram	1 tube	
BAPSCARCARE 	Zeer dun siliconen littekenverband			
	15357805	C 5 x 7 cm	10	
	15357821	D 10 x 15 cm	10	
	15357813	E 5 x 30 cm	10	
BAPSCARCARE 	Dik wasbaar siliconen littekenverband			
	15758702	F Mamma anker	4 stuks (2 paar)	
	15758680	G Mamma	4 stuks (2 paar)	
	15758672	H Abdomen	2	
	15758710	I Tepel	4 stuks (2 paar)	
	15758699	J Sleutelgat	4 stuks (2 paar)	
	15758621	K 10 x 15 cm	2	
	15758648	L 15 x 20 cm	2	
	15758664	M 5 x 20 cm	2	
	15759741	N 40 x 40 cm	1	
	15758656	O 40 x 100 cm	1	

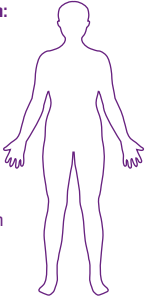
LET OP: Vergeet niet de achterzijde van dit formulier in te vullen

2016-BSC-RXNL-002

RECEPTFORMULIER & ZN-AANVRAAGFORMULIER

GRATIS THUISBEZORGD? → DISTRIBUTIE@BAP-MEDICAL.COM OF FAX 055-355 91 98

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND ARTS / VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

Type behandeling <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Hypertrofisch litteken<input type="radio"/> Keloïd litteken<input type="radio"/> Te verwachte hypertrofisch / keloïd litteken n.a.v een trauma, wond, ingreep of ongeval<input type="radio"/> Diversen:	Zorgplan <p>Geef de locatie aan:</p>  <p>Lengte litteken: cm</p> <p>Geschatte behandelduur:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 6 maanden<input type="radio"/> 6 - 12 maanden<input type="radio"/> > 12 maanden <p>Behandeladvies</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Dagelijks het siliconenverband dragen conform gebruiksaanwijzing<input type="radio"/> Tweemaal daags siliconengel aanbrengen conform gebruiksaanwijzing<input type="radio"/> Anders namelijk:
Verstrekking <p>Eerste verstrekking d.d. : Tweede verstrekking d.d.:</p>	
Beoordeling t.b.v. de vergoeding <p>Is de beoordeling van het litteken gedaan door de arts of verpleegkundig specialist? <input type="radio"/> JA</p> <p>Is er sprake van een ernstige aandoening waarbij verpleegkundig specialist of arts behandelaar blijft? <input type="radio"/> JA</p> <p>Is er sprake van gecompliceerde littekenzorg met een behandelduur van langer dan 14 tot 21 dagen? <input type="radio"/> JA</p>	

Gegevens arts / verpleegkundig specialist	
NAAM ARTS / VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST	
SPECIALISME	
NAAM INSTELLING / VESTIGINGSPLAATS	
HANDEKENING ARTS / VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST	HANDEKENING LEVERANCIER NA LEVERING
DATUM	DATUM

LET OP: Vergeet niet de voorzijde van dit formulier in te vullen