





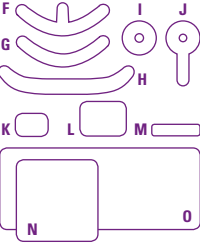


BAPSCARCARE

RECEPTFORMULIER GRATIS THUISBEZORGD ZN-AANVRAAGFORMULIER DISTRIBUTIE@BAP-MEDICAL.COM FAX 055-355 91 98

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND ARTS / VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

GEGEVENS PATIËNT				
NAAM VERZEKERDE		VOORLETTER(S)		
BSN		GEBORTE DATUM		
POLISNUMMER		MAN <input type="radio"/> VROUW <input type="radio"/>		
ZORGVERZEKERAAR				
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

BAPSCARCARE

RECEPTFORMULIER ZN-AANVRAAGFORMULIER

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

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND ARTS / VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

ZORGPLAN	
Type behandeling	Behandeladvies
<input type="radio"/> Hypertrofisch litteken	<input type="radio"/> Dagelijks het siliconenverband dragen conform gebruiksaanwijzing
<input type="radio"/> Keloid litteken	<input type="radio"/> Tweemaal daags siliconengel aanbrengen conform gebruiksaanwijzing
<input type="radio"/> Te verwachten hypertrofisch / keloid litteken n.a.v. een trauma, wond, ingreep of ongeval	<input type="radio"/> Anders namelijk:
<input type="radio"/> Diversen:
Verstrekking	Geef de locatie aan
Eerste verstrekking d.d. : Tweede verstrekking d.d.:	Lengte litteken cm
Beoordeling t.b.v. de vergoeding	Geschatte behandelduur
Is de beoordeling van het litteken gedaan door de arts of verpleegkundig specialist? <input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> 6 maanden
Is er sprake van een ernstige aandoening waarbij verpleegkundig specialist of arts behandelaar blijft? <input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> 6 - 12 maanden
Is er sprake van gecompliceerde littekenzorg met een behandelduur van langer dan 14 tot 21 dagen? <input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> > 12 maanden
GEGEVENS BEHANDELEND ARTS / VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST	
NAAM ARTS / VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST	
SPECIALISME	
NAAM INSTELLING / VESTIGINGSPLAATS	
Bij het zetten van de handtekening wordt tevens bevestigd dat de patiënt op de hoogte is dat dit formulier wordt doorgezonden naar een derde partij (apotheek, medisch specialzaak of BAP Medical B.V.) voor het verwerken, controleren, declareren en verzenden van producten.	
HANDEKENING ARTS / VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST	HANDEKENING LEVERANCIER NA LEVERING
DATUM	DATUM
LET OP: Vergeet niet de voorzijde van dit formulier in te vullen	
BSC-RXNL-003	