

AANVRAAG MACHTIGING VERBANDHULPMIDDELEN**BOSMAN MEDISCHE HULPMIDDELEN / AGB-Code: 76079729**

INGANGSDATUM MACHTIGING	:	
KLANTNR	:	
NAAM	:	
GESLACHT	:	
GEBORTE DATUM	:	
ADRES	:	
PC/ WOONPLAATS	:	
ZORGINSTELLING/AFD./K.NR	:	
ZORGVERZEKERAAR	:	
POLISNUMMER	:	
TELEFOONNUMMER	:	
VOORSCHRIJVEND ARTS/VERPLEEGKUNDIGE :		
INSTELLING	:	
ADRES	:	HANDTEKENING EN STEMPEL:
POSTCODE/PLAATS	:	

Datum ontstaan van de wond:..... Datum start behandeling:.....

WONDTYPE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> B4 (Stoornissen in de huid) | <input type="checkbox"/> Recidiverende wond |
| <input type="checkbox"/> Brandwond, graag 2-3 | <input type="checkbox"/> Wond bij circulatiestoornis – Ulcus Cruris |
| <input type="checkbox"/> Oncologische wond | <input type="checkbox"/> Wond bij diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Decubituswond | <input type="checkbox"/> Wondinfectie |
| <input type="checkbox"/> Wond na trauma | <input type="checkbox"/> Ernstig littekenweefsel |
| <input type="checkbox"/> Inflammatoire huidaandoeningen | <input type="checkbox"/> Chirurgische wond |
| <input type="checkbox"/> Oedeem | <input type="checkbox"/> Fistel |

VERPLICHT INVULLEN**Beoordeling ten behoeve van de vergoeding verbandmaterialen m.b.t. wondzorg**

Ja Nee

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Is de beoordeling van de wond gedaan door de arts of verpleegkundig specialist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Is er sprake van een ernstige aandoening waarbij arts of verpleegkundig specialist blijft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Is er sprake van gecompliceerde wondzorg met een behandelduur van langer dan 14 tot 21 dagen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Indien alle bovenstaande vragen met ja kunnen worden beantwoord en de wondtype is aangegeven, dan worden de verbandmiddelen vergoed vanuit de Basisverzekering. Voor verdere informatie zie het toelichtingsformulier (te vinden op www.zn.nl/formulieren).

U kunt de aanvraag machtiging verzenden naar Bosman Medische HulpmiddelenPer e-mail: binnendienst@bosman.com / Per fax: 040 230 88 77

Per post: Bosman Medische hulpmiddelen T.a.v. Klantteam Wondzorg

Antwoordnummer 13049 5600 VE Eindhoven