

AANVRAAG MACHTIGING WOND DISPOSABLE ONDERLEGGERS
BOSMAN MEDISCHE HULPMIDDELEN / AGB-Code: 76079729

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

SOORT ONDERLEGGER

Disposable onderleggers

MEDISCHE INDICATIE

Terminaal

Het verlies van bloed en/of exsudaat levert dusdanige hygiënische problemen op

Anders, namelijk:
.....
.....

AANTAL STUKS MATERIAAL

1 stuk per 24 uur

meer stuks per 24 uur, graag toelichten aantal stuks
.....
.....

MRSA

MRSA Positief

MRSA Negatief

U kunt de aanvraag machtiging verzenden naar Bosman Medische Hulpmiddelen
Per 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