

Aanvraag machtiging wond



Ingangsdatum machtiging _____

Persoonsgegevens

Naam _____ M / V

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoon _____

E-mail _____

BSN _____

Zorgverzekeraar en polisnummer _____

Gegevens aanvrager

Voorschrijvend arts/verpleegkundige _____

Instelling _____ Handtekening en stempel en/of AGB-code arts

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Medische gegevens

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, graad 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?

2. Is er sprake van een ernstige aandoening waarbij arts of verpleegkundig specialist behandelaar blijft?

3. Is er sprake van gecompliceerde wondzorg met een behandelduur van langer dan 14 tot 21 dagen?

*Als alle bovenstaande vragen met **Ja** kunnen worden beantwoord en de wondtypering is aangegeven, dan worden de verbandmiddelen vergoed vanuit de basisverzekering.*

MRSA

MRSA Positief MRSA Negatief