

Wond aanmeld-aanvraagformulier

Dit formulier dient volledig ingevuld en ondertekend te worden door patiënt en voorschrijver.

Patiëntgegevens

Naam + voorletters:

Geboortedatum: / / M / V

Adres:

Postcode: Plaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

BSN nummer:

Zorgverzekeraar: Polisnummer:

Huisarts:

Beoordeling ten behoeve van de vergoeding verbandmaterialen

- Is de beoordeling van de wond gedaan door een arts of verpleegkundig specialist? Ja
- Is er sprake van een ernstige aandoening waarbij de arts of verpleegkundig specialist periodiek in consult komt? Ja
- Is er sprake van gecompliceerde wondzorg met een behandelduur van langer dan 14 tot 21 dagen? Ja

Wondclassificatie

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inflammatoire huidaandoening | <input type="checkbox"/> Chirurgische wond | <input type="checkbox"/> Decubituswond |
| <input type="checkbox"/> Oncologische wond | <input type="checkbox"/> Wondinfectie | <input type="checkbox"/> Wond bij Diabetes Mellitus |
| <input type="checkbox"/> Wond na trauma | <input type="checkbox"/> Ernstig littekenweefsel | <input type="checkbox"/> Brandwond graad 2/3 |
| <input type="checkbox"/> Wond bij circulatiestoornis / ulcus cruris | <input type="checkbox"/> Anders, | |

Indien bovenstaande vragen met 'ja' zijn beantwoord en de wondtypering is aangegeven worden de verbandmaterialen vergoed vanuit de basisverzekering.

Behandel en materialenvoorschrift

Datum ontstaan wond / / Datum start behandeling / /

Datum vervolgspraak / /

Frequentie wondverschoning maal per dag / week / maand

Naam/ZI nummer	Aantal	st
Naam/ZI nummer	Aantal	st
Naam/ZI nummer	Aantal	st
Naam/ZI nummer	Aantal	st

Gegevens voorschrijver (verplicht)

Naam voorschrijver:

Functie: BIG:

Adres:

Postcode: Plaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Datum / / Handtekening voorschrijver

Ondertekening patiënt of wettelijk vertegenwoordiger (verplicht)

De patiënt of wettelijk vertegenwoordiger geeft hierbij toestemming om de gegevens met betrekking tot het gebruik van medische hulpmiddelen beschikbaar te stellen aan Pluripharm Direct.

Datum / / Handtekening patiënt of wettelijk vertegenwoordiger

Zorgplan bij wond aanmeld-aanvraagformulier

Voor een spoedige afhandeling van de zorgvraag verzoeken wij u dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen.

Naam patiënt:

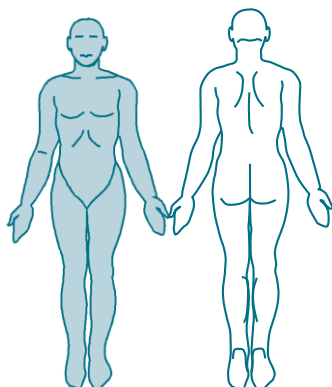
BSN nummer: Geboortedatum: / /

Ingevuld door

Naam: Functie:

Telefoonnummer:

Locatie van de wond



Locatie wond

Afmeting L x B x D x x mm/cm

Wondfase

Granulerend %

Geel beslag %

Geïnfecteerd %

Necrose %

Mate wondvocht



Wonddiepte



Wondranden

- Droog
- Verweekt
- Ondernijning
- Anders

Wondbehandeling

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Behandeling voorgeschreven door

Naam voorschrijver:

Functie: Plaats:

Patiënt zelfstandig in wondverzorging? Ja Nee

Indien nee, wie verzorgt de wond?

Contactgegevens mantelzorg/professionele zorg

Naam:

Functie: Instelling:

BIG: Plaats: