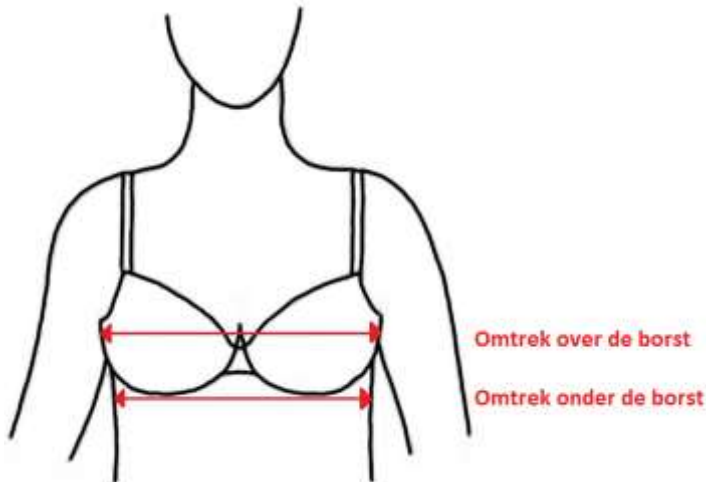


# Bestelformulier Deona Chiara Bovenlichaamverband



Besteldatum:  
 Naam verzekerde:  
 Geboortedatum:  
 BSN-nummer:  
 Zorgverzekeraar:  
 Polisnummer:  
 Naam aanmeter:  
 Plaats:  
 Telefoonnummer:

Maatschema Thorax Bandages <i>(omcirkel de gewenste maat)</i>				
De grootte van de Thorax Bandage	Omtrek onder de borst	Omtrek over de borst		
		Cupmaat AB	Cupmaat BC	Cupmaat DE
75	73-77	87-89	89-92	-
80	78-82	92-94	94-97	97-100
85	83-87	97-99	99-102	102-105
90	88-92	-	104-107	107-110
95	93-97	-	109-112	112-115
100	98-102	-	114-117	117-120

Drukklasse Thorax Bandage <i>(omcirkel de gewenste drukklasse)</i>		
Drukklasse	Hoeveelheid druk	Artikelnummer
Poly KT II	21 mmHg	15964884
Hard KT III Niet verkrijgbaar in Type C	30 mmHg	15964914

Type Thorax Bandage <i>(omcirkel het gewenste type)</i>	
Type	Kenmerk
Type A	Met een voorgevormde borst voor het behoud van de natuurlijke vorm van de borst
Type B	Met een lager decolleté
Type C	Topje in katoenen uitvoering Uitsluitend verkrijgbaar in drukklasse Poly KT II

**IN ELKE TABEL OMCIRKEL WELKE U WENST TE ONTVANGEN!**

Bestelformulier met ondertekend receptformulier en ZN-Aanvraagformulier Verbandmiddelen faxen naar 078-6849630 of e-mailen naar [info@human-healthcare.nl](mailto:info@human-healthcare.nl)



# Receptformulier Deona Chiara Bovenlichaamverband

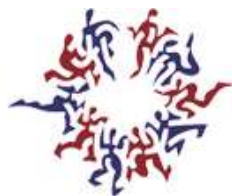
<b>Gegevens en handtekening van de huisarts / specialist / verpleegkundig specialist</b>  <i>R/ Deona Chiara Bovenlichaamverband</i>  Indicatie:  Naam: Functie: Datum: Plaats: AGB-code: Handtekening: Stempel:	<b>Personalia</b>  Naam verzekerde: Geboortedatum: Adres: Postcode: Woonplaats: Zorgverzekeraar: Polisnummer: BSN-nummer:
	<b>Aanmeter</b>  Naam: Adres: Postcode: Woonplaats: Telefoonnummer:  <input type="checkbox"/> Aanvinken indien u het Deona Chiara Bovenlichaamverband naar de patiënt wilt laten verzenden.

Deona Chiara Bovenlichaamverband				
Type	Drukklasse	Maat	Aantal	Artikelnummer*

\* Poly: 15964884 / Hard: 15964914

Bestelformulier met ondertekend receptformulier en  
ZN-Aanvraagformulier Verbandmiddelen faxen naar 078-6849630  
of e-mailen naar [info@human-healthcare.nl](mailto:info@human-healthcare.nl)





## ZN-Aanvraagformulier Verbandhulpmiddelen

### Personalia

<b>Naam verzekerde:</b>		<b>Geboortedatum:</b>	
<b>Adres:</b>		<b>Woonplaats:</b>	
<b>Zorgverzekeraar:</b>		<b>Polisnummer:</b>	

<b>Datum ontstaan van de wond:</b>		<b>Datum start behandeling</b>	
------------------------------------	--	--------------------------------	--

### Wondtype

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brandwond, graad 2/3            | <input type="checkbox"/> Recidiverende wond                       |
| <input type="checkbox"/> Oncologische wond               | <input type="checkbox"/> Wond bij circulatiestoornis/ulcus cruris |
| <input type="checkbox"/> Decubituswond                   | <input type="checkbox"/> Wond bij diabetes mellitus               |
| <input type="checkbox"/> Wond na trauma                  | <input type="checkbox"/> Wondinfectie                             |
| <input type="checkbox"/> Inflamatoire huidaanandoeningen | <input type="checkbox"/> Ernstig littekenweefsel                  |
| <input type="checkbox"/> Anders nl. <input type="text"/> |   |

### Beoordeling ten behoeve van de vergoeding verbandmaterialen m.b.t wondzorg

1	Is de beoordeling van de wond gedaan door de arts of verpleegkundig specialist	<input type="checkbox"/> Ja
2	Is er sprake van een ernstige aandoening waarbij arts of verpleegkundig specialist periodiek in consult komen?	<input type="checkbox"/> Ja,
3	Is er sprake van gecompliceerde wondzorg met een behandelduur van langer dan 14 tot 21 dagen?	<input type="checkbox"/> Ja,

- ➔ Indien bovenstaande vragen met ja kunnen worden beantwoord en de wondtypering is aangegeven, dan worden de verbandmaterialen vergoed vanuit de Basisverzekering. Voor verdere informatie zie het toelichtingformulier. (te vinden op [www.zn.nl](http://www.zn.nl) /formulieren)

Datum	
Naam voorschrijver en functie	
Contactgegevens voorschrijver	
AGB-code voorschrijver	
Handtekening voorschrijver	

Datum/paraaf leverancier na levering	
--------------------------------------	--

<b>Voorschriftondersteuning voor verbandmateriaal</b>
<b>Datum:</b>
<b>Wisselfrequentie:</b>
<i>NB Afleverhoeveelheid maximaal voor 24 dagen</i>

<b>fixatiemateriaal en pleisters</b>	<b>maat</b>	<b>gazen en absorberend verband</b>	<b>maat</b>
hechtpleister		onsteriel kompres non-woven	
hydrofiel windsel		steriel kompres non-woven	
fixatiepleister op rol		absorberend verband (steriel)	
ideaalwindsel			
steriele eilandpleister			
netverband			

<b>wondverzorgingsmaterialen</b>	<b>maat</b>		<b>voorkeurmerk</b>
alginaat			
hydrocolloid		standaard thin border	
hydrofiber			
hydrogel			
niet-verklevend gaas		grofmazig fijnmazig siliconen	
schuimverband		adhesief (border) non-adhesief	
wondfolie			

<b>anti-bacteriele producten</b>		<b>maat</b>	<b>voorkeurmerk</b>
alginaat			
geïmpregneerd gaas			
hydrocolloid (Ag)			
hydrofiber (Ag)			
schuimverband (Ag)			

<b>overige materialen</b>	

<b>materiaal t.b.v. compressietherapie bij ulcus cruris</b>			
buisverband			
verbandwatten	0 synthetisch	0 vet	0 wit
zwachtels	0 lange rek	0 korte rek	
Dubbellaags compressiekousen	0 uitwasbaar	0 niet uitwasbaar	
compressiemateriaal*	0 1 been	0 2 benen	
<i>* Inhoud volgens afspraak, geen standaard compressiebox</i>			