Receptformulier/ZN-aanvraagformulier

Dit formulier dient ingevuld te worden door de behandelend (huis)arts/verpleegkundig specialist

Gegevens van de patiënt (verzekerde)	
Naam	Voorletter(s)
BSN	Geboortedatum
Polisnummer	○ Man ○ Vrouw
Zorgverzekeraar	
Adres	
Plaats	Postcode
E-mail	
Levering product(en)	○ Thuisadres ○ Zorginstelling
Recept na 3 maanden herhalen* Niet nodig	○ 1x ○ 2x ○ 3x

* Dit recept kan tot maximaal 1 jaar na de receptdatum herhaald worden. Herhaling van het recept gaat in overleg met de apotheek of medische speciaalzaak.

Indicatie	
Type behandeling	**Behandelduur**
○ Hypertrofisch litteken ○ Keloïd litteken ○ Te verwachten hypertrofisch/keloïd litteken N.A.V. Een trauma, wond, ingreep of ongeval ○ Diversen namelijk:	De geschatte duur van de behandeling: ○ 6 Maanden ○ 6-12 Maanden ○ >12 Maanden
Verstrekking	**Lengte van het litteken:**
Eerste verstrekking d.d. : Tweede verstrekking d.d.:	.....cm
Beoordeling t.B.V. de vergoeding	**Behandeladvies**
○ Ja Is de beoordeling van het litteken gedaan door de arts of verpleegkundig specialist? ○ Ja Is er sprake van een ernstige aandoening waarbij de arts of verpleegkundig specialist behandelaar blijft? ○ Ja Is er sprake van gecompliceerde littekenzorg met een behandelduur van langer dan 14 tot 21 dagen?	○ Dagelijks het siliconenverband dragen conform gebruiksaanwijzing ○ Tweemaal daags siliconengel aan-brengen conform gebruiksaanwijzing ○ Anders namelijk:

Gegevens (huis)arts / verpleegkundig specialist	
Bij het zetten van de handtekening wordt tevens bevestigd dat de patiënt op de hoogte is dat dit formulier wordt doorgezonden naar een derde partij (apotheek, medisch speciaalzaak of Protex Healthcare NV) voor het verwerken, controleren, declareren en verzenden van producten.	
Naam	
Specialisme	
Instelling	
Vestigingsplaats	
Datum	Handtekening

ACTIV'M DIKKE WASBARE SILICONEN VERBANDEN VOOR LITTEKENBEHANDELING					
Product code	Z-Index nummer	Product omschrijving	Verpakking	Verkoop eenheid	Aantal verpakkingen
400100	17428912	10 x 15 cm	Doos	2 stuks	
400101	17428920	30 x 50 cm	Rol	1	
400102	17428939	30 x 100 cm	Rol	1	
400103	17428963	TEPEL	Doos	4 stuks	
400104	17428971	MAMMA anker	Doos	4 stuks	
400105	17428998	MAMMA	Doos	4 stuks	
400106	17428947	4 x 15 cm	Doos	2 stuks	
400107	17428955	4 x 30 cm	Doos	2 stuks	
ACTIV'M SILICONENGELS VOOR LITTEKEN BEHANDELING					
100100	17428815	Activ'M niet-vette siliconengel verrijkt met vitamine E, 10 gr	Tube	1	
100101	17428823	Activ'M niet-vette siliconengel verrijkt met vitamine E, 20 gr	Tube	1	
200100	17428831	Activ'M 3 in 1 formule siiconengel met SPF25 en litteken make-up huidskleur, 10 gr	Tube	1	
ACTIV'M DUNNE SILICONEN VERBANDEN VOOR LITTEKEN BEHANDELING					
300100	17428858	4 x 5 cm	Doos	5 stuks	
300101	17428866	4 x 15 cm	Doos	5 stuks	
300102	17428874	4 x 30 cm (vingers)	Doos	5 stuks	
300103	17428882	10x 15 cm	Doos	5 stuks	
300104	17428890	2 x 30 cm (ribbon)	Doos	5 stuks	
300105	17428904	4x 15 cm (met print)	Doos	5 stuks	

Handtekening leverancier (na levering)	
Datum	Handtekening

Lever dit formulier ingevuld en ondertekend in bij uw apotheek of medisch speciaalzaak. Voor een snelle afhandeling kunt u dit formulier ook sturen naar:
sales-support@protexhealthcare.com

activ'm The scar eraser

PROTEX HEALTHCARE