



Formulier

Medisch voorschrift thuisverpleging

Patiënt identificatie of klever van het ziekenfonds
Naam en voornaam gerechtigde :
Adres :
Geboortedatum :

Verzekeringsinstelling :
Inschrijvingsnummer :

Identificatie van de aanvrager
Datum
Stempel en handtekening

Aanvraag voor verpleegkundige zorgen :

WONDZORG	<input type="checkbox"/> HYGIENISCHE ZORG
<input type="checkbox"/> Eenvoudige wondzorg <input type="checkbox"/> droog aseptisch verband <input type="checkbox"/> verwijderen van draadjes of nietjes <input type="checkbox"/> aanbrengen van zalf bij zona / wratten/ eczema / psoriasis / dermatomycosis / andere	<input type="checkbox"/> INSPUITING <input type="checkbox"/> IM : <input type="checkbox"/> SC : <input type="checkbox"/> IV : dosering.....
<input type="checkbox"/> Complexe wondzorg <input type="checkbox"/> drain met / zonder aspiratie <input type="checkbox"/> Twee of meer eenvoudige wonden <input type="checkbox"/> 2de of 3de graadsbrandwonden, ulcus, ulcera, doorligwonden opp <60cm ²	<input type="checkbox"/> Compressietherapie, aanbrengen bandage(s), compressieverbanden, steunkous aan/uittrekken <input type="checkbox"/> Toe te dienen geneesmiddelen :
<input type="checkbox"/> Specifieke wondzorg <input type="checkbox"/> 2de of 3de graads brandwonde, ulcus, ulcera, doorligwonde opp >60cm ² <input type="checkbox"/> debrideren van doorligwonden	



Medische rechtvaardiging : _____

Lokalisatie : _____

Reinigen met : _____

Aanbrengen van : _____

Afdekken met : _____

Opmerkingen : _____

Startdatum : _____ Duur : _____

Frequentie : x per dag om de dagen / weken / maanden

.....x per week op maandag / dinsdag / woensdag / donderdag /
vrijdag / zaterdag / zondag