



Formulier

# Voorschrift thuisverpleging wondzorg radiotherapie

<b>Patiënt identificatie of klever van het ziekenfonds</b> Naam en voornaam gerechtigde : Adres : Geboortedatum :  Verzekeringsinstelling : Inschrijvingsnummer :
---

<b>Identificatie van de aanvrager</b>  Datum Stempel en handtekening
---

Aanvraag voor complexe wondzorg als gevolg van radiotherapie:

Startdatum:	
Aantal behandelingen:	
Frequentie:	
Lokalisatie:	
Reinigen met:	
Ontsmetten met:	
Aanbrengen van zalf:	
Afdekken met:	<input type="checkbox"/> Mepitel® verband <input type="checkbox"/> Mepilex Transfer® verband <input type="checkbox"/> Mepilex Lite® verband <input type="checkbox"/> Mepilex® verband <input type="checkbox"/> Mepilex Heel® verband <input type="checkbox"/> _____

**Geen enkele pleister gebruiken ter hoogte van de bestraalde huid. Indien nood aan fixatie, gebruik Mepitac**

Opmerkingen: \_\_\_\_\_

Voor vragen of inlichtingen, kan u ons steeds bereiken op 053 72 44 07 van maandag tot vrijdag tussen 8.30 en 17 uur.

Namens De Borstkliniek,

OLV Ziekenhuis Aalst