

MEDISCH VOORSCHRIFTFORMULIER

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER

Naam en voornaam patiënt

.....

Geboortedatum patient

..... / /

AAN TE VULLEN MUTUALITEITSGEGEVENS

Verzekeringsinstelling

Kleefvignet van de mutualiteit aanbrengen

Inschrijvingsnummer

.....

Rijksregisternummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gelieve aan de duiden op welke rubrieken uw patiënt aanspraak kan maken.

STOMAMATERIAAL

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> COLOSTOMIE | <input type="checkbox"/> beschermplaten (35/3mnd): | <input type="checkbox"/> beschermfilm (1/3 mnd): |
| | <input type="checkbox"/> convexe beschermplaten (45/3 mnd): | |
| | <input type="checkbox"/> gesloten zakjes (180/3 mnd): | |
| <input type="checkbox"/> ILEOSTOMIE | <input type="checkbox"/> beschermplaten (45/3 mnd): | |
| | <input type="checkbox"/> convexe beschermplaten (45/3 mnd): | |
| | <input type="checkbox"/> open zakjes (90/3 mnd): | |
| <input type="checkbox"/> UROSTOMIE | <input type="checkbox"/> beschermplaten (45/3 mnd): | <input type="checkbox"/> gordel (1/6 mnd): |
| | <input type="checkbox"/> convexe beschermplaten (45/3mnd): | |
| | <input type="checkbox"/> urozakjes (60/3 mnd): | |
| | <input type="checkbox"/> nachtzakken (20/3 mnd): | |
| | <input type="checkbox"/> beenzakken (20/3 mnd): | |

INCONTINENTIAMATERIAAL

- ZELFKLEVENDE PENISHULZEN (90/3 mnd):
- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> urinezakken – dag (20/3 mnd): |
| <input type="checkbox"/> urinezakken – nacht (20/3 mnd): |

VOORSCHRIJVER

DIAGNOSE

Naam

Erkenningsnummer bij RIZIV

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATUM

Handtekening

