

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

**INCONTINENTIEMATERIAAL**

ZELFKLEVENDE PENISHULZEN (90/3 mnd):

- urinezakken – dag (20/3 mnd):
- urinezakken – nacht (20/3 mnd):

VOORSCHRIJVER
Naam
Erkenningsnummer bij RIZIV 
DATUM
Handtekening

DIAGNOSE