

## Voorschrift

### Persoonsgegevens

Datum \_\_\_\_\_

Naam \_\_\_\_\_

m / v

Adres \_\_\_\_\_

PC/Woonplaats \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

Zorgverzekering \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Polisnummer \_\_\_\_\_

Telefoon thuis \_\_\_\_\_

BSN \_\_\_\_\_

Telefoon mobiel \_\_\_\_\_

### Functioneringsprobleem wondzorg (aankruisen wat van toepassing is)

- Complexe wondzorg [Huisartsencode B4](#)  Stoornissen in de circulatie
- Stoornissen in de afvoer van vocht

### Opmerkingen

---

---

### Gegevens aanvrager

Naam behandelaar \_\_\_\_\_

E-mailadres behandelaar / zorgprofessional /  
gespecialiseerd verpleegkundige \_\_\_\_\_

Telefoon behandelaar / zorgprofessional /  
gespecialiseerd verpleegkundige \_\_\_\_\_

- Ziekenhuis \_\_\_\_\_  Huisarts \_\_\_\_\_
- Revalidatiecentrum \_\_\_\_\_  Specialist \_\_\_\_\_
- Afdeling \_\_\_\_\_  Anders \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

46701

