

Aanvraagformulier voor vergoeding van MEDIHONEY® Barrier Cream 50g (ZI 15508072)
ter beoordeling door de medisch adviseur van de zorgverzekeraar CZ



Patiëntgegevens

Datum _____

Relatie-/polisnummer: _____

Geboortedatum: .. / .. /

Zorgverzekering: _____

Indicatie

- ☐ Ernstige incontinentie dermatitis (I.A.D.)
- ☐ Ernstig smetten (intertrigo)
- ☐ Huidlaesie a.g.v. bestraling (radiodermatitis)
- ☐ Anders: _____

Wat is de geschatte duur van de toepassing?

- ☐ 4-8 weken ☐ 8-12 weken ☐ langer dan 12 weken

NB: de inzet van dit product voor bescherming van de huid is geen aanspraak

Is de beoordeling gedaan door de arts of verpleegkundig specialist?

☐ Ja

Naam instelling:

Naam (huis)arts / verpleegkundig specialist:

Datum: .. / .. /

Handtekening (huis)arts / verpleegkundig specialist:

Dit formulier mailen naar:

mbz.hulpmiddelen@cz.nl