

## Aanvraag afwijkende hoeveelheid verbruiksmiddelen en dermatica

Dossier nr.....

34347- Gaascompressen (niet steriel) 5x5cm .....	40533- Stoma zakjes Ileostomie .....
34339- Gaascompressen (niet steriel) 10x10cm .....	40549- Stoma zakjes Urostomie .....
34312- Rolverband 10cm .....	28460- Povidonjood lotion
34320- Rolverband 4cm .....	10651- Povidonjood zalf
34444- Leucoplast 2.5cm .....	29459- ZOK zalf
40254- Stoma zakjes Colostomie .....	28762- Flammazine zalf

### Gegevens van de verzekerde:

Naam en voornamen..... M / V  
Geboortedatum..... SZF-nr..... Tel.nr.: .....

Betreft :  1ste aanvraag  verlenging

Naam aanvragende arts: .....

### Medische gegevens van de patient(e)

-Indicatie:.....  
-Gevraagde hoeveelheid per maand:.....  
-Verwachte duur van gebruik:.....

Datum:.....

(Naam, handtekening en SZF- stempel behandelend arts)

**Een onvolledig ingevuld formulier wordt niet in behandeling genomen.**

### **Hieronder in te vullen door de Medische Dienst SZF**

Afgewezen. Reden van afwijzing:  
 Gehonoreerd voor .....mg/ml/stuks per maand.

Ingangsdatum:..... Einddatum:.....

Apotheek: .....

Datum:.....