

Aanvraagformulier (complexe) wondzorg

Vul het aanvraagformulier zo compleet mogelijk in.
Stuur het ingevulde formulier vervolgens naar: info@qualityzorg.nl

Patiëntgegevens (alleen in te vullen door behandelend arts/huisarts/(wijk)verpleegkundige)

Naam	M	V
Adres	Geb.datum	
Postcode	BSN	
Plaats	Zorgverzekeraar	
Tel.nummer	Polisnummer	
Contactpersoon (indien dit niet de patiënt zelf is)		

WLZ (of VPT) indicatie	Nee	Ja:	Naam zorginstelling
			Contactpersoon zorginstelling

Gegevens over de wond/behandeling

Reden van verwijzing

Recidiverende wond	POWI	Trauma ulcus
Inflammatoire huidaandoening	Ulcus cruris	Brandwond(en) 2 ^e /3 ^e graads
Oncologische wond	Ernstig littekenweefsel	Decubituswond
Wond bij diabetes mellitus	Wond bij circulatiestoornis	Overige:

Datum ontstaan van de wond

Wondfase

Debridement	Granulatie	Epithelialisatie
-------------	------------	------------------

Hoe vaak wilt u QualityZorg inzetten? per dag per week

Huidig wondbeleid (toelichting op wondbeleid)

Diagnose, ziektegeschiedenis, medicatie (bij voorkeur uitdraai als bijlage)

Zorgvraag voor QualityZorg

Gegevens behandelend arts/huisarts/(wijk)verpleegkundige

Huisartsenpraktijk/instelling	Naam eindverantwoordelijke
Contactpersoon wondzorg	AGB-/BIG-code
E-mailadres	Handtekening
Telefoonnummer	