

# Aanvraag machtiging wondspoeling



Ingangsdatum machtiging \_\_\_\_\_

## Persoonsgegevens

Naam \_\_\_\_\_ M / V

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

BSN \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar en polisnummer \_\_\_\_\_

## Gegevens aanvrager

Voorschrijvend arts/verpleegkundige \_\_\_\_\_

Instelling \_\_\_\_\_ Handtekening en stempel en/of AGB-code arts

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

## Medische gegevens

Datum start behandeling \_\_\_\_\_

**Medische onderbouwing waarom wondspoeling onder de douche niet mogelijk is**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verwachte therapieduur wondspoeling \_\_\_\_\_ week (weken)

Aantal keer spoelen \_\_\_\_\_  per dag  per week

### Benodigd hulpmiddel

Katheter

Spuit

Spoelvloeistof

### MRSA

MRSA Positief

MRSA Negatief