

Farmadomo

Linde Homecare Benelux B.V.
tel 088-3276380
fax 088-3276399
klantenservice@farmadomo.nl
www.farmadomo.com



Aanvraagformulier UV-thuisbehandeling

Gegevens patiënt

Naam: _____ Geb.dat: _____
Adres: _____
Postcode/woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____ Gsm: _____
Zorgverzekeraar: _____ Polisnr: _____

Medische indicatie

Diagnose: _____
Medicatie: _____
Huidtype*: 1 2 3 4 5
Datum eerste klachten: _____
Locatie laesies frontaal*: gelaat, romp, armen, handen, buik, schaamstreek, benen, voeten
Locatie laesies dorsaal*: hoofdhuid, nek, schouders, armen, rug, billen, benen

Therapie gegevens*

Betreft: Eerste aanvraag Verlenging 12 / 52 / weken
Apparatuur: Lichtpaneel Deelbelichter Psorakam
Soort licht: UVA UVB/TL01
Belichtingsfrequentie: 2 maal per week
 3 maal per week
 7 maal in de week (tot aan MED, dan maximaal drie maal in de week)

Gegevens aanvrager

Naam arts: _____ AGB-Code: _____
Instelling: _____
Adres: _____
Plaats: _____
Datum aanvraag: _____

Handtekening arts

EXEMPLAAR VOOR FARMADOMO

opsturen naar: Antwoordnummer 10229, 2300 VB Leiden
of faxen naar: 088-3276399

*Graag aankruisen of omcirkelen wat van toepassing is

N.B. Niet volledig ingevulde formulieren worden mogelijk afgewezen door de zorgverzekeraar.

HBRF/F 330/01-01-2007

