



eurocept
homecare

Machtigingsaanvraag UVB-thuisbelichting

U kunt deze aanvraag faxen naar: 030-280 5424

Naam: _____
Adres: _____ Geb. datum: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Tel.nr./Mob.nr.: _____ E-mail: _____

Zorgverzekeraar: _____ Aanvullende verzekering: Ja Nee
Registratienr.: _____ BSN: _____

Medische indicatie: _____
Percentage aangedane huid: _____
Aangedane lichaamsdelen: _____
Te belichten periode: _____ weken, startdatum: _____
Te verwachten resultaat: _____
Voorgaande therapieën: _____

Huidtype: 1 2 3 4 (aankruisen wat van toepassing is)
Is er sprake van een afwijkend huidtype waarvoor het belichtingsschema moet worden aangepast? Ja/Nee
Zijn er bijzonderheden waardoor een afwijkend belichtingsschema moet worden gebruikt?

Startdosis: _____ Ophoogpercentage: _____
Is de patiënt in staat om zelfstandig de belichting uit te voeren? Ja Nee
Zo niet: wordt er thuiszorg ingeschakeld? Ja Nee
Is er sprake van verminderde mobiliteit? Ja Nee

Soort belichting:

- Belichting gehele lichaam TL01 licht iModem
 Deelbelichting TL01 licht Philips BlueControl
 Psorakam UVB breed spectrum

Naam arts: _____
Ziekenhuis: _____
Telefoonnummer: _____ E-mail: _____

Datum: _____ Plaats: _____

Handtekening arts: