



# 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  BlueControl  
 Psorakam UVB breed spectrum

Naam arts: \_\_\_\_\_  
Ziekenhuis: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

## Handtekening arts: