

Antrag für die Anerkennung zum Einsatz von zellulären Hautersatzverfahren

(vom 1. April 2021, Revision geplant am 31. März 2024)

Antragssteller:

Name / Vorname _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ GLN _____

Der Antrag wird gestellt für folgende(s) Produkt(e):

Apligraf® Epifix® NuShield®

Anwenderkurs besucht am: _____

(bitte Kursbestätigung beilegen)

Anschriften von Fachspezialisten, mit welchen zusammengearbeitet wird:

Dermatologie _____

Angiologie _____

Gefässchirurgie _____

Endokrinologie/Diabetologie _____

Orthopädie _____

Anschrift(en) der Pflegeperson(en) mit SAfW- oder EWMA-Anerkennung:

Wird über ein Wundbehandlungskonzept verfügt?
(Dieses muss auf Verlangen vorgewiesen werden können)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

3 dokumentierte Fälle (nicht Anwendungen!) pro Hautersatzverfahren:
(innert 2 Jahren einzureichen)

Initialen Patient	Diagnose	Verwendetes Hautersatzverfahren	Datum der Anwendung	Supervisor (Name, Vorname)

Die korrekte Durchführung und Dokumentation wird bestätigt:

Ort, Datum

Unterschrift