

**Antrag für die Anerkennung zum Einsatz von Hautersatzverfahren  
(vom 1. April 2018, Revision geplant am 31. März 2021)**

**Antragsteller:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**Zellul r**

- Apligraf®
- Epifix®
- NuShield®

**Azellul r**

- Kerecis™ Omega3 Wound

**3 dokumentierte Fälle (nicht Anwendungen!) pro zelluläres Hautersatzverfahren:**

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

**Die korrekte Durchführung und Dokumentation wird bestätigt:**

Ort, Datum:

Unterschrift Supervisor:

---

---

**Anschriften von Fachspezialisten, mit welchen zusammengearbeitet wird:**

Dermatologie:

---

Angiologie:

---

Gefässchirurgie:

---

Endokrinologie/Diabetologie:

---

Orthopädie:

---

**Anschrift der Pflegeperson mit SAfW- oder EWMA-Anerkennung:**

---

**Wird über ein Wundbehandlungskonzept verfügt?**

(Dieses muss auf Verlangen vorgewiesen werden können)

---

Ort, Datum:

Unterschrift:

---

---