

FORMULIER COMPRESSIEHULPMIDDELEN: Aanpasbaar klittenband zwachtelsysteem**Klantgegevens (of plak hier de sticker met klantgegevens)**

Naam: _____ Geboortedatum: _____
 Adres: _____ Polisnummer: _____
 Postcode: _____ BSN nummer: _____
 Woonplaats: _____

Datum ontstaan van oedeem: _____ Datum startbehandeling: _____
 Herhaling: Ja / Nee Datum: _____

Medische indicatie (meerdere antwoorden mogelijk):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Veneus oedeem met genezen ulcus cruris | <input type="checkbox"/> Lymfoedeem |
| <input type="checkbox"/> Veneus oedeem met ulcus cruris | <input type="checkbox"/> Lipoedeem |
| <input type="checkbox"/> Veneus oedeem zonder ulcus cruris | <input type="checkbox"/> Oncologische oorzaak |
| <input type="checkbox"/> Chronische veneuze insufficiëntie zonder oedeem | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____ |

Aangedaan lichaamsdeel (meerdere antwoorden mogelijk):

- | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tenen / Vingers | <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> Heup | <input type="checkbox"/> Borst | <input type="checkbox"/> Arm |
| <input type="checkbox"/> Voet / Hand | <input type="checkbox"/> Bovenbeen | <input type="checkbox"/> Buik | <input type="checkbox"/> Schouder | <input type="checkbox"/> Hand |
| <input type="checkbox"/> Onderbeen | <input type="checkbox"/> Bil | <input type="checkbox"/> Genitaliën | <input type="checkbox"/> Flank | |

Betreft een aanvraag compressiehulpmiddel(len): *Productnaam / Type / Compressie cat.*

Toepassing van het hulpmiddel (meerdere antwoorden mogelijk):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oedeem <u>reductie</u> (behandelfase - cure fase) | <input type="checkbox"/> Oedeem <u>consolidatie</u> (onderhoudsfase - care fase) |
|--|--|

Wat was de behandeling tot nu toe? Is stepped care toegepast?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bij chronische veneuze insufficiëntie (CVI) met oedeem | <input type="checkbox"/> Bij lymfoedeem |
| <input type="checkbox"/> Bij chronische veneuze insufficiëntie (CVI) zonder oedeem | <input type="checkbox"/> Bij lipoedeem |
| <input type="checkbox"/> Bij chronische veneuze insufficiëntie (CVI) met ulcus cruris | <input type="checkbox"/> Bij diep veneuze trombose (DVT) |
| <input type="checkbox"/> Bij chronische veneuze insufficiëntie (CVI) zonder ulcus cruris | |

Toelichting:

Door wie wordt de compressie aangebracht?

- Via thuiszorg
 Via mantelzorger
 Zelfstandig
 Anders, namelijk: _____

Wie houdt de supervisie?

- Polikliniek ziekenhuis
 Thuiszorg
 Oedeem- huidtherapeut
 Oedeem- fysiotherapeut
 Anders, namelijk: _____

Wat is de geschatte draagperiode:

- Kortere dan 3 weken
 Langer dan 6 weken
 Langer dan 6 maanden
 Anders, namelijk: _____

Draagadvies:

- Dag en nacht
 Alleen overdag
 Alleen 's nachts
 Als aanvulling op de therapeutische elastische kousen
 Anders, namelijk: _____

Reductiefase: waarom kan niet worden volstaan met traditionele zwachtels (indien van toepassing)

- Zwachtels worden niet verdragen omdat: _____
 Behoeft aan zelfmanagement t.b.v. compressie waardoor thuiszorg minder of niet (meer) nodig is
 Anders, namelijk: _____

Onderhoudsfase: waarom kan niet worden volstaan met therapeutische elastische kousen (indien van toepassing)

- Therapeutische elastische kousen worden niet verdragen omdat: _____
 Behoeft aan zelfmanagement t.b.v. compressie waardoor thuiszorg minder of niet (meer) nodig is
 Anders, namelijk: _____

Is de verwachte eindsituatie een therapeutische elastische kous? (in onderhoudsfase):

- Ja Nee

Indien nee:

Is de verwachte eindsituatie hetzelfde als waar de aanvraag voor wordt gedaan? (in onderhoudsfase):

- Ja Nee

Indien nee:

Voldoet het hulpmiddel aan de stand van de wetenschap en/of de praktijk?

- Ja Nee

Datum:**Naam en functie voorschrijver:****Contactgegevens voorschrijver:****Handtekening voorschrijver:****AGB-code voorschrijver:****Datum en paraaf na aflevering****In te vullen door de verzekerde:**

Verzekerde verklaart dat zijn/haar persoonsgegevens zoals hierboven weergegeven waarheidsgetrouw zijn en mede **akkoord te gaan met de aanvraag**. Verzekerde stelt in het kader van privacy deze benodigde informatie ter beschikking van de verwerker.

Handtekening verzekerde: