

## 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: _____ |

### Voorschrijver:

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dermatoloog | <input type="checkbox"/> Verpleegkundig specialist | <input type="checkbox"/> Huidtherapeut |
| <input type="checkbox"/> Huisarts    | <input type="checkbox"/> Oedeem-fysiotherapeut     |  |

### 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?

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Via thuiszorg           |
| <input type="checkbox"/> Via mantelzorger        |
| <input type="checkbox"/> Zelfstandig             |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____ |

### Wie houdt de supervisie?

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Polikliniek ziekenhuis  |
| <input type="checkbox"/> Thuiszorg               |
| <input type="checkbox"/> Oedeem- huidtherapeut   |
| <input type="checkbox"/> Oedeem- fysiotherapeut  |
| <input type="checkbox"/> 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 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 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

- Verzekerde verklaart alles waarheidsgetrouw te hebben ingevuld en mede akkoord te gaan met de aanvraag. Verzekerde stelt in het kader van privacy deze benodigde informatie ter beschikking van de verwerker.

Handtekening: \_\_\_\_\_

**Datum:**

\_\_\_\_\_

**Naam en functie voorschrijver:**

\_\_\_\_\_

**Contactgegevens voorschrijver:**

\_\_\_\_\_

**Handtekening voorschrijver:**

\_\_\_\_\_

**AGB-code voorschrijver:**

\_\_\_\_\_

**Datum en paraaf na aflevering**