

FORMULIER VOOR NACHT- of MIDLINE COMPRESSIEHULPMIDDELEN

Klantgegevens (of plak hier een sticker met de 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"/> Medisch specialist	<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 | <input type="checkbox"/> Hoofd / Hals |

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 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: