

CZ - Aanvraagformulier overige compressiehulpmiddelen

Klantgegevens (of plak hier sticker klantgegevens)

Naam: _____	Geboortedatum: _____
Adres: _____	Polisnummer: _____
Postcode: _____	Zorgverzekeraar: _____
Woonplaats: _____	Burger Service Nummer: _____
Datum ontstaan oedeem: _____	Datum start behandeling: _____

Medische indicatie (meerdere antwoorden mogelijk)

<input type="checkbox"/> Veneus oedeem	<input type="checkbox"/> Oncologische oorzaak
<input type="checkbox"/> Lymfoedeem	<input type="checkbox"/> Ulcus Cruris:
<input type="checkbox"/> Lipoedeem	<input type="checkbox"/> Anders, nl: _____

Primaire oorzaak oedeem:

Aangedaan lichaamsdeel (meerdere antwoorden mogelijk)

<input type="checkbox"/> hand / vingers	<input type="checkbox"/> bovenbeen	<input type="checkbox"/> schouder
<input type="checkbox"/> voet / tenen	<input type="checkbox"/> billen / heupen	<input type="checkbox"/> flank
<input type="checkbox"/> onderbeen	<input type="checkbox"/> buik / borst	<input type="checkbox"/> arm
<input type="checkbox"/> knie	<input type="checkbox"/> genitaliën	<input type="checkbox"/> gezicht / hals

- Eerste verstrekking Her verstrekking; Laatste verstrekking op:

Door wie wordt de compressie aangebracht?

Wie houdt de supervisie?

<input type="checkbox"/> Via thuiszorg	<input type="checkbox"/> medisch specialist
<input type="checkbox"/> Via mantelzorger	<input type="checkbox"/> thuiszorg
<input type="checkbox"/> Zelfstandig	<input type="checkbox"/> huisarts
<input type="checkbox"/> Anders, _____	<input type="checkbox"/> huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut
	<input type="checkbox"/> Anders, _____

Geschatte draagperiode:

Draagadvies:

<input type="checkbox"/> Kortere dan 3 weken	<input type="checkbox"/> Dag
<input type="checkbox"/> Langer dan 3 weken en korter dan 6 mnd.	<input type="checkbox"/> Nacht
<input type="checkbox"/> Langer dan 6 mnd.	<input type="checkbox"/> Dag en Nacht
<input type="checkbox"/> Anders, _____	<input type="checkbox"/> Als aanvulling op TEK

Welke behandelingen zijn er tot nu toe ingezet om het oedeem te reduceren?

- Heeft het oedeem een stabiele situatie bereikt? Ja / Nee
Is er sprake van fibrosering van weefsel? Ja / Nee

Waarom kan niet worden volstaan met traditionele zwachtels? (uitgebreid toelichten)

- Behoefte aan zelfmanagement t.b.v. compressie waardoor thuiszorg vervalt.
- Zwachtels worden niet verdragen, omdat _____

Waarom kan niet worden volstaan met een therapeutische elastische kous? (uitgebreid toelichten)

- Behoefte aan zelfmanagement t.b.v. compressie: aan/uittrekhulpen toegepast; Ja / Nee
- Therapeutische elastische kousen worden niet verdragen, omdat _____

Is de verwachte eindsituatie een therapeutische elastische kous?

- Ja Nee

Indien nee:

- Compressiehulpmiddel zoals aangevraagd is blijvend.
 Anders, _____

In te vullen door verzekerde:

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 voorschrijver en functie:

Contactgegevens voorschrijver:

Handtekening voorschrijver

Datum paraaf leverancier na aflevering:

Een alternatief compressiehulpmiddel voor therapeutische elastische kousen wordt alleen voorgeschreven wanneer een TEK om redenen niet kan volstaan. Dit formulier ondersteunt bij de doelmatigheid.

Indien een compressiehulpmiddel bij de behandeling van een wond wordt voorgeschreven, valt dit compressiehulpmiddel niet onder de overeenkomst TEK.