

Aanvraagformulier overige compressie-hulpmiddelen

t.b.v. oedeemreductie ter compensatie van langdurig functieverlies van bloed- en/of lymfevaten

Klantgegevens (of plak hier sticker klantgegevens):

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

Eerste verstrekking

Her-verstrekking; Laatste verstrekking op:

Vorige bestelling via (naam portaal):

Medische indicatie (meerdere antwoorden mogelijk):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chronische veneuze insufficiëntie | <input type="checkbox"/> Oncologische oorzaak |
| <input type="checkbox"/> Lymfoedeem | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Lymf/Lipoedeem | <input type="checkbox"/> DVT |
| <input type="checkbox"/> Post Trombotisch syndroom | <input type="checkbox"/> Anders, nl: |

Symptomen indicatie (meerdere antwoorden mogelijk):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zichtbaar Oedeem | <input type="checkbox"/> Atrofi blanche |
| <input type="checkbox"/> Open Ulcus Cruris | <input type="checkbox"/> Huidverkleuring |
| <input type="checkbox"/> Gesloten Ulcus Cruris | <input type="checkbox"/> Teken van Stemmer |
| <input type="checkbox"/> Corona phlebectatica paraplantaris | <input type="checkbox"/> Anders, nl: |
| <input type="checkbox"/> Lipodermatosclerose | |

Co-morbiditeit:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Hartfalen |
| <input type="checkbox"/> Perifeer Arterieel Vaatlijden VAT | <input type="checkbox"/> Anders, nl: |

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 |

Compressietherapie:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Klittenbandsystemen | <input type="checkbox"/> Thoraxbandages |
| <input type="checkbox"/> Compressiebroek | <input type="checkbox"/> Anders, nl: |
| <input type="checkbox"/> Hoofd / hals bandage | |

Aanvraagformulier overige compressie-hulpmiddelen

t.b.v. oedeemreductie ter compensatie van langdurig functieverlies van bloed- en/of lymfevaten

Door wie wordt de compressie aangebracht?:

- Zelfstandig
- Via mantelzorger
- Via Thuiszorg
- Anders, nl:

Wie houdt de supervisie?:

- Medisch specialist
- Thuiszorg
- Huisarts
- Huidtherapeut of Oedeemfysiotherapeut
- Anders, nl.

Geschatte draagperiode:

- Korter dan 3 weken
- Langer dan 3 weken en korter dan 6 mnd.
- Langer dan 6 mnd.
- Levenslang
- Anders, nl:

Draagadvies:

- Dag
- Nacht
- Dag en Nacht
- Als aanvulling op TEK

Welke behandelingen zijn er tot nu toe ingezet bij de behandeling van de betreffende indicatie en de aanwezige symptomen:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zwachtel | <input type="checkbox"/> TEK |
| Type zwachtels | Drukklasse: |
| Hoeveel weken | Rond-of vlakbrei |
| Door wie gezwachteld | Lengte: |
| | <input type="checkbox"/> Overige: |

Wat is het te bereiken doel van de compressie:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herstel functieverlies afvoer bloed/lymfe (Curefase) | <input type="checkbox"/> Behoud van functie afvoer bloed/lymfe (Carefase) |
| <input type="checkbox"/> Oedeem vermindering | <input type="checkbox"/> Oedeem consolidatie |
| <input type="checkbox"/> Sluiten Ulcus Cruris | <input type="checkbox"/> Voorkomen recidief |

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

- Behoefte aan zelfmanagement t.b.v. compressie waardoor thuiszorg voor compressietherapie kan vervallen
- Behandelaar niet in staat is juiste compressietherapie te geven middels zwachtels
- Afwijkende morfologie van aangedane lichaamsdeel
- Zwachtels worden niet verdragen, omdat:

Aanvraagformulier overige compressie-hulpmiddelen

t.b.v. oedeemreductie ter compensatie van langdurig functieverlies van bloed- en/of lymfevaten

Waarom kan niet worden volstaan met therapeutisch / elastische kous? (uitgebreid toelichten):

- Behoeft aan zelfmanagement t.b.v. compressie: aan/uittrekhulpen toegepast: Ja Nee
- Vanwege morfologie van het aangedane lichaamsdeel
- Gevoelige of kwetsbare huid
- Ulcus Cruris nog niet gesloten
- Onvoldoende oedeem reductie
- Therapeutische elastische kousen worden niet verdragen, omdat:

Is de verwachte eindsituatie een therapeutisch elastische kous?:

- Ja Nee

Indien nee:

- Compressiehulpmiddel zoals aangevraagd is blijvend.
- Compressiehulpmiddel wordt gecombineerd met TEK
- 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: _____

.....

Voorschrijver:

Naam voorschrijver en functie:

Contactgegevens voorschrijver:

Handtekening voorschrijver:

Datum: _____

Leverancier:

Datum & Paraaf Leverancier

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.