Aanvraagformulier compressiehulpmiddel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patiëntgegevens | | |
| Naam | Click here to enter text. | M  V |
| Straat | Click here to enter text. | |
| Postcode en woonplaats | Click here to enter text. | |
| Geb. datum | Click here to enter text. | |
| Tel. nr | Click here to enter text. | |
| BSN nr. | Click here to enter text. | |
|  |  | |
| Verzekering | Click here to enter text. | |
| Verzekeringsnummer | Click here to enter text. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnose | | |
| Verwijsdatum | Klik of tik om een datum in te voeren. | |
| Medische diagnose | ☐Primair lymfoedeem  ☐Secundair lymfoedeem  Post-traumatisch oedeem  Post-trombotisch oedeem | ☐Veneus oedeem (CVI)  Lipoedeem  Lipo-lymfoedeem  Andere vorm nl.:Click here to enter text. |
| Locatie aandoening | Klik of tik om tekst in te voeren. Links Rechts | |
| Vraag/doelstelling | Click here to enter text. | |
|  |  | |
| Bijzonderheden | Click here to enter text. | |
| Co-morbiditeiten | Click here to enter text. | |
| Terugkoppeling | Ja  Nee | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hulpmiddel | | | |
| Omschrijving | Klik of tik om tekst in te voeren. | | |
| Verstrekking | Eerste verstrekking  Herverstrekking | | |
| Geschatte draagperiode | < 3 weken  3 weken – 6 maanden  > 6 maanden  Anders, nl.:Klik of tik om tekst in te voeren. | Draagadvies | Dag  Nacht  Dag en Nacht  Als aanvulling op TEK |
| *Compressie wordt aangevraagd, aangebracht door de behandelend oedeemfysiotherapeut en instructies worden gegeven aan de cliënt.* | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Verwijzend arts | |
| Naam | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| AGB-code | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Handtekening |  |