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 |  |