



Gegevens verzekerde

Naam:

Adres:

Postcode / woonplaats:

Geboortedatum: telefoon:

Relatienummer:

betreffend hokje aankruisen / doorhalen wat niet van toepassing is

Medische indicatie:

.....

.....

.....

Is patiënt volledig bedlegerig? ja nee

Is patiënt gedeeltelijk bedlegerig? ja nee

Zo ja, hoeveel uur per etmaal? uur

Is er sprake van decubitus? ja nee

Zo ja, welk stadium?

- I niet wegdrukbaar roodheid
 - II blaarvorming open / gesloten
 - III oppervlakkige ontvelling met / zonder necrose
 - IV open wond met / zonder necrose
- stuit / heup / schouder / oren

Waar is de decubitus geconstateerd?

Wordt patiënt op bed verzorgd? ja nee

Zo ja, hoe vaak per dag? x per dag

Waar bestaat verzorging uit?

Door wie wordt de patiënt verzorgd?

.....

Is patiënt rolstoelafhankelijk? ja nee

Kan patiënt zelfstandig de transfer bed / stoel maken? ja nee

Gebruikt patiënt een bed van de uitleen AWBZ? ja nee

Zo ja, wanneer verstrijkt de maximale uitleentermijn?



Naam aanvragend arts: Telefoon:

Datum: Handtekening:



Dit formulier kunt u sturen naar CZ, Postbus 90152, 5000 LD Tilburg.
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de CZ Klantenservice, telefoonnummer 0900 - 0949.