



# Aanvraagformulier hoog / laag bed

Formulier in te vullen door behandelend arts



## Gegevens verzekerde

Naam: .....

Adres: .....

Postcode / woonplaats: .....

Geboortedatum: ..... telefoon: .....

Relatienummer: .....

betreffend hokje aankruisen / doorhalen wat niet van toepassing is

### Medische indicatie:

.....

.....

.....

Is de patiënt volledig bedlegerig?  ja  nee

Is de 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 wegdrubare 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 vastgesteld?

Wordt de patiënt op bed verzorgd?  ja  nee

Zo ja, hoe vaak per dag? ..... x per dag

Waar bestaat de verzorging uit? .....

Door wie wordt de patiënt verzorgd? .....

Is de patiënt rolstoelafhankelijk?  ja  nee

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

Gebruikt de patiënt een bed van de AWBZ (uitleen)?  ja  nee

Zo ja, wanneer verstrijkt de maximale uitleentermijn? .....



Naam aanvragend arts: ..... Telefoon: .....

Datum: ..... Handtekening: .....

Dit formulier kunt u sturen naar de deponhouder, Middenhoven 18, 6042 NX Roermond, telefoonnummer 0475 727500.  
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met CZ Klantenservice, telefoonnummer 0900 0949.