



**Aanvraagformulier overige compressiehulpmiddelen**

**Klantgegevens (of plak hier sticker klantgegevens)**

Naam: _____	Geboortedatum: _____
Adres: _____	Polisnummer: _____
Postcode: _____	Zorgverzekeraar: _____
Woonplaats: _____	
Datum ontstaan oedeem: _____	Datum start behandeling: _____

**Medische indicatie (meerdere antwoorden mogelijk)**

<input type="checkbox"/> Veneus oedeem	<input type="checkbox"/> Oncologische oorzaak
<input type="checkbox"/> Lymfoedeem	<input type="checkbox"/> Ulcus Cruris: Ja/Nee
<input type="checkbox"/> Lipoedeem	<input type="checkbox"/> Anders, nl: _____

**Primaire oorzaak oedeem:** \_\_\_\_\_

**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

Eerste verstrekking       Her verstrekking; Laatste verstrekking op ... - ... - ...

**Door wie wordt de compressie aangebracht?**

**Wie houdt de supervisie?**

<input type="checkbox"/> Via thuiszorg	<input type="checkbox"/> medisch specialist
<input type="checkbox"/> Via mantelzorger	<input type="checkbox"/> thuiszorg
<input type="checkbox"/> Zelfstandig	<input type="checkbox"/> huisarts
<input type="checkbox"/> Anders, _____	<input type="checkbox"/> huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut
	<input type="checkbox"/> Anders, _____

**Geschatte draagperiode:**

**Draagadvies:**

<input type="checkbox"/> Kortere dan 3 weken	<input type="checkbox"/> Dag
<input type="checkbox"/> Langer dan 3 weken en korter dan 6 mnd.	<input type="checkbox"/> Nacht
<input type="checkbox"/> Langer dan 6 mnd.	<input type="checkbox"/> Dag en Nacht
<input type="checkbox"/> Anders, _____	<input type="checkbox"/> Als aanvulling op TEK

**Welke behandelingen zijn er tot nu toe ingezet om het oedeem te reduceren?**

Heeft het oedeem een stabiele situatie bereikt?      Ja / Nee  
Is er sprake van fibrosering van weefsel?      Ja / Nee



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

- Behoeftte aan zelfmanagement t.b.v. compressie waardoor thuiszorg vervalt.
- Zwachtels worden niet verdragen, omdat \_\_\_\_\_

**Waarom kan niet worden volstaan met een therapeutische elastische kous? (uitgebreid toelichten)**

- Behoeftte aan zelfmanagement t.b.v. compressie: aan/uittrekhulpen toegepast; Ja / Nee
- Therapeutische elastische kousen worden niet verdragen, omdat \_\_\_\_\_

**Is de verwachte eindsituatie een therapeutische elastische kous?**

- Ja  Nee

Indien nee:

- Compressiehulpmiddel zoals aangevraagd is blijvend.

- 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:

Naam voorschrijver en functie:

Contactgegevens voorschrijver:

Handtekening voorschrijver

Datum paraaf leverancier na aflevering:

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.