

Aanvraagformulier absorberende incontinentiematerialen



Ingangsdatum _____

Persoonsgegevens

Naam _____
Geboortedatum _____ Geslacht _____
Adres _____
Postcode en woonplaats _____
Telefoon _____
E-mail _____
BSN _____
Zorgverzekeraar en polisnummer _____

Gegevens aanvrager

Voorschrijvend arts/verpleegkundige _____
Instelling _____ Handtekening en stempel en/of AGB-code arts _____
Adres _____
Postcode en woonplaats _____

Medische gegevens

Verwachte zorgduur

- Langer dan 2 maanden bij verlies van urine incontinentie
 Langer dan 2 weken bij verlies van ontlasting

Medische indicatie

- Urine incontinentie
 Blaasretentie/residu
 Defecatie
 Overig, namelijk _____

Etiologie

- Aangeboren afwijkingen
 Aandoeningen urinewegen
 Darmproblematiek
 Incontinentie bij kinderen
 Medicatie
 Oncologische problemen
 Overige

Toelichting

Gevolg(en) medische indicatie(s)

- Urine-incontinentie: Stress Urge Gemengd Overloop Functioneel Totaal
- Ontlastingsincontinentie Obstipatie Soiling Incontinentie Overig, namelijk _____

Beschrijf de symptomen zoals de cliënt beschrijft

Hoeveel urine verliest de cliënt maximaal per 24 uur?

- Minder dan 100 cc Tussen 900 cc en 1500 cc Meer dan 2000 cc Nader te bepalen
 Tussen 300 cc en 900 cc Tussen 1500 cc en 2000 cc Onbekend Niet van toepassing

Aanvraagformulier absorberende incontinentiematerialen(vervolg)

Kenmerken cliënt

Heeft de cliënt lichamelijke beperkingen?

Nee

Ja, namelijk _____

Heeft de cliënt cognitieve beperkingen?

Nee

Ja, namelijk _____

Heeft de cliënt hulp nodig (bij de toiletgang, materiaal wisseling)?

Nee

Ja

Op welke manier maakt de cliënt transfers?

Zelfstandig

Met hulp

Volledig afhankelijk

Kan de cliënt zelfstandig het toilet bereiken?

Nee

Ja

Gebruikt de cliënt mobiliteit hulpmiddelen?

Nee

Ja, namelijk _____

Heeft de cliënt allergieën?

Nee

Ja, namelijk _____

Omschrijf hulpmiddelen die worden voorgeschreven/geadviseerd (Dag)

Merk _____

Type _____

Maat _____

Verwacht frequentie materiaal _____

Extra informatie _____

Aanvraagformulier absorberende incontinentiematerialen(vervolg)

Omschrijf hulpmiddelen die worden voorgeschreven/geadviseerd (Nacht)

Merk _____

Type _____

Maat _____

Verwacht frequentie materiaal _____

Extra informatie _____