

Aanvraagformulier afvoerende 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 Soort

katheter

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Intermitterende katheter | <input type="checkbox"/> Condom katheter (1 per dag) |
| <input type="checkbox"/> Transurethrale katheter | <input type="checkbox"/> Suprapubisch katheter |
| <input type="checkbox"/> Nefrostomie katheter | <input type="checkbox"/> Penisklem |

Toelichting

Medische indicatie

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> B1 (Stoornis urinewegen) | <input type="checkbox"/> aangeboren afwijkingen, graag toelichten |
| <input type="checkbox"/> B1A (Mild) | <input type="checkbox"/> Aandoeningen urinewegen, graag toelichten |
| <input type="checkbox"/> B1B (Matig) | <input type="checkbox"/> Oncologische problemen, graag toelichten |
| <input type="checkbox"/> B1C (Ernstig) | <input type="checkbox"/> Prostaatproblemen, graag toelichten |
| <input type="checkbox"/> Neurologische problemen, graag toelichten | <input type="checkbox"/> Anders, graag toelichten |

Toelichting

Aanvraagformulier

afvoerende incontinentiematerialen(vervolg)

Blaaspoelvroestof

Aantal _____

Per Dag Reden Week Maand Anders _____

gebruik _____

Katheterwissel

Aantal _____

Per Dag Reden Week Maand Anders _____

Kenmerken cliënt

Heeft u lichamelijke beperkingen?

Nee

Ja, namelijk _____

Heeft u cognitieve beperkingen?

Nee

Ja, namelijk _____

Heeft u begeleiding nodig van een professioneel of kunt u dit zelfstandig doen bij materiaalwisseling?

Zelfstandig

Met hulp

Volledig afhankelijk

Gebruikt u mobiliteit hulpmiddelen?

Nee

Ja, namelijk _____

Heeft u allergieën?

Nee

Ja, namelijk _____

Omschrijf hulpmiddelen die worden voorgeschreven/geadviseerd

Merk _____

Type _____

Maat _____

Verwacht frequentie materiaal _____

Extra informatie _____

Aanvraagformulier

afvoerende incontinentiematerialen(vervolg)

Omschrijf hulpmiddelen die worden voorgeschreven/geadviseerd

Merk _____

Type _____

Maat _____

Verwacht frequentie materiaal

Extra informatie _____

Omschrijf hulpmiddelen die worden voorgeschreven/geadviseerd

Merk _____

Type _____

Maat _____

Verwacht frequentie materiaal

Extra informatie _____
