

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

Tijdelijke stoma 3 - 6 maanden Blijvend stoma

< 3 maanden > 6 maanden

Medische indicatie

Colostoma

Urostoma

Ileostoma

Continent stoma

Pouch

Overig, namelijk _____

Etiologie

Aangeboren aandoening

Bekkenbodempromblematiek

Bestraling/chemokuren

Blaasproblemen

Darmziekten

In onderzoek

Neurogene blaas

Neurogene darm

Nierfalen

Overig

Operatieve ingreep

Prostaatproblemen

Toelichting

Beschrijf de symptomen

Aanvraagformulier stoma materialen(vervolg)

Kenmerken cliënt

Heeft u lichamelijke beperkingen?

Nee

Ja, namelijk _____

Heeft u cognitieve beperkingen?

Nee

Ja, namelijk _____

Op welke manier verzorgt u de stoma?

Zelfstandig

Met hulp

Volledig afhankelijk

Heeft u allergieën?

Nee

Ja, namelijk _____

Omschrijf hulpmiddelen die worden voorgeschreven/geadviseerd

Merk _____

Type _____

Maat _____

Verwacht frequentie materiaal _____

Extra informatie _____