

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 zoals de cliënt beschrijft

\_\_\_\_\_

# Aanvraagformulier stoma materialen (vervolg)

## Kenmerken cliënt

### Heeft de cliënt lichamelijke beperkingen?

Nee

Ja, namelijk \_\_\_\_\_

### Heeft de cliënt cognitieve beperkingen?

Nee

Ja, namelijk \_\_\_\_\_

### Op welke manier verzorgt de cliënt de stoma?

Zelfstandig

Met hulp

Volledig afhankelijk

### Heeft de cliënt allergieën?

Nee

Ja, namelijk \_\_\_\_\_

## Omschrijf hulpmiddelen die worden voorgeschreven/geadviseerd

Merk \_\_\_\_\_

Type \_\_\_\_\_

Maat \_\_\_\_\_

Verwacht frequentie materiaal \_\_\_\_\_

Extra informatie \_\_\_\_\_