DeclaCare

Aanvraagformulier overige compressie-hulpmiddelen

t.b.v. oedeemreductie ter compensatie van langdurig functieverlies van bloed- en/of lymfevaten

Klantgegevens (of plak hier sticker klantgegevens):

Naam:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Datum ontstaan oedeem:

Geboortedatum:
Polisnummer:
Zorgverzekeraar:
Burger Service Nummer:
Datum start behandeling:

☐ Eerste verstrekking ☐ Herverstrekking

Is er in de afgelopen 12 maanden een declaratie ingediend door een andere partij?

☐ Ja ☐ Nee

Medische indicatie (meerdere antwoorden mogelijk):

- ☐ Chronische veneuze insufficiëntie
- ☐ Lymfoedeem
- ☐ Lymf/Lipoedeem
- ☐ Post Trombotisch syndroom
- ☐ Oncologische oorzaak
- ☐ Trauma
- ☐ DVT
- ☐ Anders, nl:

Symptomen indicatie (meerdere antwoorden mogelijk):

- ☐ Zichtbaar Oedeem
- ☐ Open Ulcus Cruris
- ☐ Gesloten Ulcus Cruris
- ☐ Corona phlebectatica paraplantaris
- ☐ Lipodermatosclerose
- ☐ Atrofi blanche
- ☐ Huidverkleuring
- ☐ Teken van Stemmer
- ☐ Anders, nl:

Co-morbiditeit:

- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Perifeer Arterieel Vaatlijden VAT
- ☐ Hartfalen
- ☐ Anders, nl:

Aangedaan lichaamsdeel (meerdere antwoorden mogelijk):

- ☐ hand / vingers
- ☐ voet / tenen
- ☐ onderbeen
- ☐ knie
- ☐ bovenbeen
- ☐ billen / heupen
- ☐ buik / borst
- ☐ genitaliën
- ☐ schouder
- ☐ flank
- ☐ arm
- ☐ gezicht/hals

Locatie:

☐ Enkelzijdig ☐ Beiderzijds

Door wie wordt de compressie aangebracht?:

- ☐ Zelfstandig
- ☐ Via mantelzorger
- ☐ Via thuiszorg
- ☐ Anders, nl

Wie houdt de supervisie?:

- ☐ Medisch specialist
- ☐ Thuiszorg
- ☐ Huisarts
- ☐ Huidtherapeut of Oedeemfysiotherapeut
- ☐ Anders, nl.

Geschatte draagperiode:

- ☐ Korter dan 3 weken
- ☐ Langer dan 3 weken en korter dan 6 mnd.
- ☐ Langer dan 6 mnd.
- ☐ Levenslang
- ☐ Anders, nl:

Draagadvies:

- ☐ Dag
- ☐ Nacht
- ☐ Dag en nacht
- ☐ Als aanvulling op TEK

DeclaCare

Aanvraagformulier overige compressie-hulpmiddelen

t.b.v. oedeemreductie ter compensatie van langdurig functieverlies van bloed- en/of lymfevaten

Welke behandelingen zijn er tot nu toe ingezet bij de behandeling van de betreffende indicatie en de aanwezige symptomen:

☐ Zwachtel: - Type zwachtels:
- Hoeveel weken:
- Door wie gezwachteld:

☐ TEK: - Drukklasse:
- Rond-of vlakbrei:
- Lengte:

Wat is het te bereiken doel van de compressie:

☐ Herstel functieverlies afvoer bloed/lymfe (Curefase)
- ☐ Oedeem vermindering
- ☐ Sluiten Ulcus Cruris

☐ Behoud van functie afvoer bloed/lymfe (Carefase)
- ☐ Oedeem consolidatie
- ☐ Voorkomen recidief

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

☐ Behoefte aan zelfmanagement t.b.v. compressie waardoor thuiszorg voor compressietherapie kan vervallen
☐ Behandelaar niet in staat is juiste compressietherapie te geven middels zwachtels
☐ Afwijkende morfologie van aangedane lichaamsdeel
☐ Zwachtels worden niet verdragen, omdat:

Waarom kan niet worden volstaan met therapeutisch / elastische kous? (uitgebreid toelichten):

☐ Behoefte aan zelfmanagement t.b.v. compressie: aan/uittrekhulpen toegepast: ☐ Ja ☐ Nee
☐ Vanwege morfologie van het aangedane lichaamsdeel
☐ Gevoelige of kwetsbare huid
☐ Ulcus Cruris nog niet gesloten
☐ Onvoldoende oedeemreductie
☐ Therapeutisch elastische kousen worden niet verdragen, omdat:

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:

Voorschrijver:

Naam voorschrijver en functie: Handtekening voorschrijver:
Contactgegevens voorschrijver:

Leverancier:

Datum & Paraaf leverancier:

Een alternatief compressie hulpmiddel voor therapeutisch elastische kousen wordt alleen voorgeschreven wanneer een TEK om redenen niet kan volstaan. Dit formulier ondersteund bij doelmatigheid. Indien een compressie hulpmiddel bij de behandeling van een wond wordt voorgeschreven, valt dit compressie hulpmiddel niet onder de overeenkomst TEK (CZ)