

AANVRAAGFORMULIER THERAPEUTISCHE ELASTISCHE KOUSEN

Datum _____ Verzekerd bij _____
Naam patiënt _____ Relatienummer _____
Adres _____ Geboortedatum _____
PC/Woonplaats _____ BSN _____

De therapeutische elastische kousen zijn uitsluitend voor **chronische indicatie** en langdurig gebruik.

CLIËNT WORDT GEZWACHTELD Ja / nee

VERSTREKKING Eerste keer / herhaling

DRUKKLASSE 1* 2 3 4 [*wordt niet vergoed]

AAN TE METEN Arm / hand / onderbeen / gehele been

ZIJDE Links / rechts / links en rechts

KIES BIJ VOORKEUR ALLEEN DE HOOFDINDICATIE

CVI (Chronische Veneuze Insufficiëntie)
met oedeem widmer fase 1 of fase 2

Veneuze en/of overige vaatmalformaties

CVI atrofie blanche / CVI dermato-
liposclerose / CVI met oedeem en lichte
huidveranderingen

Varices met oedeem

CVI genezen ulcus cruris venosum
widmer 3

Erysipelas

Post trombotisch syndroom

Trombose met oedeem

Lymf en/of lipo oedeem

ANDERS EN/OF COMORBIDITEIT

STEMPEL VERWIJZEND ARTS

DATUM

HANDTEKENING ARTS

Erkend door SEMH.

HHC
HUMAN HEALTHCARE

