

## **AANVRAAG VOOR DE VERSTREKKING VAN THERAPEUTISCH ELASTISCHE KOUSEN**

Naam Patiënt:

Geboortedatum:

Adres:

Zorgverzekering  
:

Postcode

Polisnummer:

Plaats:

BSN:

Telefoonnummer:

### **DIAGNOSE**

- |  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cvi met oedeem                | <input type="checkbox"/> cvi met huidveranderingen       |                                     |
| <input type="checkbox"/> varices met oedeem            | <input type="checkbox"/> zwangerschapsvarices met oedeem |                                     |
| <input type="checkbox"/> trombose                      |  |                                     |
| <input type="checkbox"/> primair lymfoedeem            | <input type="checkbox"/> secundair lymfoedeem            | <input type="checkbox"/> lipoeedeem |
| <input type="checkbox"/> erysipelas                    |  |                                     |
| <input type="checkbox"/> chron. posttraumatisch oedeem | <input type="checkbox"/> chron. postoperatief oedeem     |                                     |
| <input type="checkbox"/> overige:                      |  |                                     |

### **VOORGESCHIEDENIS**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> patiënt wordt gezwachteld | <input type="checkbox"/> patiënt krijgt oedeemtherapie |
|--|--|

### **TYPERING**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> been kous tot de knie      | <input type="checkbox"/> been kous tot de lies   | <input type="checkbox"/> overige        |  |
| <input type="checkbox"/> arm kous zonder handschoen | <input type="checkbox"/> arm kous met handschoen |   |  |
| <input type="checkbox"/> drukklasse I               | <input type="checkbox"/> drukklasse II           | <input type="checkbox"/> drukklasse III | <input type="checkbox"/> drukklasse IV |

### **COMORBITEIT**

- |   |                                |   |   |
|---|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> arterieel vaatlijden | <input type="checkbox"/> reuma | <input type="checkbox"/> huidaandoeningen | <input type="checkbox"/> diabetes/neuropathie |
|---|--------------------------------|---|---|

### **BIJZONDERHEDEN**

### **STEMPEL/HANDTEKENING ARTS:**

Datum:

Praktijknaam:

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Specialisme: