

VERANTWOORDINGSFORMULIER

Stomahulpmiddelen

Bij velden met een * dient een aanvullende motivatie te worden gegeven.

KLANTGEGEVENS (s.v.p. volledig in te vullen door behandelend arts/huisarts/verpleegkundige)

Naam M/V Zorgverzekeraar

Adres Polisnummer

Postcode / Plaats **Aanvraag verantwoording**

Telefoonnummer (Ontslag)datum, dd

Geboortedatum Stoma aangelegd, dd

BSN Meerverbruik, dd*

Primaire medische indicatie (onderliggend lijden; in relatie tot verstrekking van het medisch hulpmiddel)

Kanker Aangeboren afwijkingen

IBD Chronische incontinentie Overig

Soort stoma

<input type="checkbox"/> Colostoma	<input type="checkbox"/> Urostoma	<input type="checkbox"/> Combi Colo-/Urostoma
<input type="checkbox"/> Ileostoma	<input type="checkbox"/> Continent Pouch/ Malone stoma	<input type="checkbox"/> Combi Ileo-/Urostoma
<input type="checkbox"/> Colostoma met irrigeren	<input type="checkbox"/> (Slijm) Fistel	

Wat voor karakter heeft de stoma?

<input type="checkbox"/> Tijdelijk	<input type="checkbox"/> Blijvend
<input type="checkbox"/> Dubbelloops	<input type="checkbox"/> Eindstandig

Welke factoren hebben invloed op (de behandeling van) de stoma?

Medische behandeling Functionele factoren (bijv. beperkte handfunctie/visus) Zelfredzaamheid

Is er sprake van één van de volgende situaties?

Is er sprake van stomacomplicatie(s)?

<input type="checkbox"/> Flush/retractie	<input type="checkbox"/> Hernia/prolaps	<input type="checkbox"/> Necrose
<input type="checkbox"/> Stenose	<input type="checkbox"/> Extreem oedeem	<input type="checkbox"/> Overig, nl.

Is er sprake van huidproblemen of oneffenheden rondom de stoma?

<input type="checkbox"/> Rode huid (erytheem)	<input type="checkbox"/> Erosieve beschadiging	<input type="checkbox"/> Ulceratie (dieper effect)
<input type="checkbox"/> Pukkels/verhevenheden	<input type="checkbox"/> Hypergranulatie	<input type="checkbox"/> Overig, nl.

Hulpmiddelen

Stoma opvangmateriaal

Accessoires (bijv. huidbescherming, opvulmateriaal etc.) **

Irrigatiemateriaal

Buikondersteunend hulpmiddel ***

Indien van toepassing verplicht invullen:

* Motivatie en verwachte duur meerverbruik

** Motivatie gebruik accessoires

*** Motivatie buikondersteunend hulpmiddel

Naam organisatie + locatie:

Naam arts/huisarts/verpleegkundige:

Datum:

Emailadres:

Plaats hier uw stempel of naam (huis)arts

Telefoonnr:

AGB / BIG:

Handtekening: