

# Landelijk aanvraagformulier Continentie Hulpmiddelen

Gegevens van de cliënt		Gegevens van de aanvrager	
<input type="radio"/> M <input type="radio"/> V Achternaam _____ Initialen _____ Straat _____ Huisnr. _____ Plaats _____ Postcd. _____ BSN _____ Geb.dat. _____ Verzekeraar _____ Polisnr. _____ E-mail _____ Tel. _____ Contact _____ Tolk <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee persoon _____		Naam _____ Functie _____ Contact _____	
Medische gegevens (alleen in relatie tot de aanvraag)			
Urine incontinentie <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Urge <input type="checkbox"/> Functioneel <input type="checkbox"/> Totaal	Blaasretentie /residu <input type="checkbox"/> Retentie <input type="checkbox"/> Residu	Defecatie <input type="checkbox"/> Obstipatie <input type="checkbox"/> Incontinentie <input type="checkbox"/> Soiling	Stricturen <input type="checkbox"/> Stricturen
Overig <input type="checkbox"/> Overig			
<b>Indicatie gesteld door:</b> (alleen van toepassing als aanvrager niet de voorschrijver is)			
Naam _____		Functie _____	Datum _____
Probleemstelling, Etiologie, Symptomen			
<b>Probleemstelling</b> (zoals de patiënt deze omschrijft)			
<b>Etiologie</b> <input type="checkbox"/> Aangeboren afwijking <input type="checkbox"/> Blaasproblemen <input type="checkbox"/> Neurogene darm <input type="checkbox"/> Prostaatproblemen <input type="checkbox"/> In onderzoek			
<input type="checkbox"/> Bekkenbodem problematiek <input type="checkbox"/> Darmziekten <input type="checkbox"/> Nierfalen <input type="checkbox"/> Psychische oorzaak <input type="checkbox"/> Onbekend			
<input type="checkbox"/> Bestraling / Chemo <input type="checkbox"/> Neurogene blaas <input type="checkbox"/> Operatieve ingreep <input type="checkbox"/> Urineweginfecties <input type="checkbox"/> Overig _____			
<b>Symptomen</b> (zoals de patiënt deze omschrijft)			
<b>Maximaal urineverlies per 24 uur</b> <input type="radio"/> minder dan 100 cc <input type="radio"/> tussen 1500 cc en 2000 cc			
<input type="radio"/> tussen 300 cc en 900 cc <input type="radio"/> meer dan 2000 cc			
<input type="radio"/> tussen 900 cc en 1500 cc <input type="radio"/> n.v.t./onbekend			
Functioneringsgerichte overwegingen * (zie bijlage)			
Kenmerken			
Activiteiten			
Afhankelijkheden			
Externe factoren			
Overige			
Productadvies ** (zie bijlage)			
_____ _____ _____			

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

# Landelijk aanvraagformulier Continentie Hulpmiddelen

## Bijlage: invulinstructie voor landelijk aanvraagformulier continentiehulpmiddelen

### \* Toelichting bij functioneringsgerichte overwegingen

1. Kenmerken van de patiënt.
  - a. Heeft de patiënt een lichamelijke beperking
  - b. Heeft de patiënt een cognitieve beperking
  - c. Op wat voor manier maakt de patiënt transfers
  - d. Hoe is de rompstabiliteit van de patiënt
  - e. Gebruikt de patiënt een mobiliteitshulpmiddel
  - f. Heeft de patiënt een beperkte handfunctie
  - g. Hoe is het gezichtsvermogen van de patiënt
2. Activiteiten
  - a. Hoe ziet het dag-nachtritme, 24 uren ritme, van de patiënt er uit
    - i. Actief/passief/matig of weinig actief/bedlegerig
  - b. Verricht de patiënt werkzaamheden
  - c. Onderneemt de patiënt maatschappelijke/sociale activiteiten
3. Afhankelijkheid
  - a. Kan de patiënt zelfstandig het toilet bereiken
  - b. Hoe wordt het materiaal verwisseld
    - i. Door patiënt/met hulp/door verzorging
  - c. Heeft de patiënt verzorging nodig
    - i. Mantelzorg/partner/thuiszorg/etc
4. Externe factoren
  - a. Heeft de patiënt allergieën
5. Overigen
  - a. Zijn er aanvullende factoren belangrijk voor de oplossingsrichting

### \*\* Toelichting bij productadvies

Bij het productadvies kunt u aangeven aan welke producteigenschappen het hulpmiddel moet voldoen. Denkt u daar bij aan:

- Soort hulpmiddel (absorberend materiaal, afvoerend materiaal, irrigeren)
- Benodigde aanverwante artikelen
- Type materiaal (bijvoorbeeld type katheter)
- Frequentie van wisseling
- Maatvoering
- Motivatie als een specifiek merk geadviseerd wordt