

**-1- Specifiek ----- Onderste extremiteit -----**

**Type compressiehulpmiddel (keuzes):**

<input type="radio"/> Zwachtel/bandage	<input type="radio"/> ACD
<input type="radio"/> TEK	<input type="radio"/> PPD
<input type="radio"/> Anders:	
Nadere toelichting:	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
Indien van toepassing: gekozen drukklasse:	
<input type="radio"/> Ccl 1 <input type="radio"/> Ccl 2 <input type="radio"/> Ccl 3 <input type="radio"/> Ccl4 <input type="radio"/> n.v.t.	
<input type="radio"/> Uitvoering (breiwijze, lengte, lichaamslocatie, etc): <hr/>	
Toelichting: (optioneel)	
<hr/>	
<hr/>	

**Aangedane lichaamslocatie:**

meerdere opties mogelijk

<input type="radio"/> Been (onderbeen/bovenbeen)	
<input type="radio"/> Knie	
<input type="radio"/> Voet	
<input type="radio"/> Tenen	
<input type="radio"/> Links	<input type="radio"/> Beiderzijds
<input type="radio"/> Rechts	

**Verstrekking:**

- Machtigingsaanvraag 1<sup>e</sup> voorziening
  - Machtigingsaanvraag herhaalvoorziening
- Datum laatste levering \_\_\_\_\_

Reden herhaalvoorziening (nadere omschrijving onder toelichting / motivatie is verplicht) :

- Gewijzigde medische indicatie.  
vorige indicatie \_\_\_\_\_
- Niet meer beschikken over 2 adequate hulpmiddelen i.v.m.:
  - verhoogde slijtage
  - twee stuks/paar is onvoldoende i.v.m. participatie
  - gewijzigde omvangsmaten
    - gewichtsverandering
    - groei
    - anders \_\_\_\_\_
- Veranderde uitvoering: \_\_\_\_\_
- Gewijzigde hulpvraag: \_\_\_\_\_
- Anders: \_\_\_\_\_

Toelichting/ motivatie:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**LET OP!!** Indien er sprake is van een aanvraag voor een herhaal- en/of aanvullende voorziening (TEK) waarbij onderstaande informatie reeds bekend is bij de zorgverzekeraar is het verder invullen van dit formulier niet noodzakelijk.

**Draagadvies:**

<input type="radio"/> < 3 weken	<input type="radio"/> Dag	<input type="radio"/> Aanvulling op TEK
<input type="radio"/> > 3 weken -< 6 mnd	<input type="radio"/> Nacht	<input type="radio"/> Als vervanging TEK
<input type="radio"/> > 6 mnd	<input type="radio"/> Dag en Nacht	
<input type="radio"/> Anders _____		

**Reden aanvraag:** *nadere omschrijving onder toelichting is verplicht*

Stadium: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Initiële fase / reductiefase / behandelfase</li><li><input type="radio"/> Consolidatie fase (onderhoudsfase)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Dragen van 2 voorzieningen over elkaar</li><li><input type="radio"/> Bijzondere indicatie</li><li><input type="radio"/> Bijzondere omstandigheden</li><li><input type="radio"/> ACD nodig, TEK reeds geleverd binnen gebruikstermijn</li><li><input type="radio"/> TEK nodig, ACD reeds geleverd binnen gebruikstermijn</li><li><input type="radio"/> Drukklasse 2 of hoger is niet mogelijk</li><li><input type="radio"/> Anders: _____</li></ul>
Nadere toelichting: _____
_____
_____
_____

**Status:**

<input type="radio"/> Oedeem is stabiel	<input type="radio"/> Oedeem fluctueert
<input type="radio"/> Fibrose aanwezig	<input type="radio"/> Recidiverende erysipelas
<input type="radio"/> Littekens aanwezig	<input type="radio"/> Ulcus aanwezig
<input type="radio"/> Genezen Ulcus	
<input type="radio"/> Anders _____	
_____	

## Doel en participatie niveau:

### Welke behandelingen worden er, naast de inzet van compressiehulpmiddelen, ingezet?

<input type="checkbox"/> (Manuele) lymfedrainage	<input type="checkbox"/> IPC
<input type="checkbox"/> Endermologie	<input type="checkbox"/> Zwachtelen/bandages
<input type="checkbox"/> Bewegingstherapie	<input type="checkbox"/> Interventies bevordering zelfmanagement
<input type="checkbox"/> Voeding/Dieet	<input type="checkbox"/> GLI
<input type="checkbox"/> Anders: _____	

### Doel van de inzet van het compressiehulpmiddel

<input type="checkbox"/> Vermindering aantal behandelingen	<input type="checkbox"/> Vermindering thuiszorg
<input type="checkbox"/> Stabiele situatie behouden/bereiken	<input type="checkbox"/> Vermindering van klachten
<input type="checkbox"/> Zelfredzaamheid bevorderen	<input type="checkbox"/> Verbeteren bloed/lymfecirculatie/afvoer
<input type="checkbox"/> Reduceren oedeem	<input type="checkbox"/> Consolidatie oedeem
<input type="checkbox"/> Voorkomen recidief	<input type="checkbox"/> Functioneren in de maatschappij bevorderen
<input type="checkbox"/> Pijn verminderen	
<input type="checkbox"/> Mobilisatie: litteken/verkleving/spieren/gewricht/weefsel	
<input type="checkbox"/> Anders: _____	
_____	
_____	
_____	

### Heeft er nader onderzoek plaatsgevonden door de verwijzer: *meerdere antwoorden mogelijk*

**Let op! Onderstaand antwoorde(n) zijn géén reden voor afwijzing van de aanvraag**

#### Toelichting

*De eerste stap op weg naar doelmatige en optimale verstrekking van compressiehulpmiddelen is een duidelijke indicatiestelling, zodat de cliënt/gebruiker die compressiehulpmiddelen nodig heeft, ook daadwerkelijk het juiste hulpmiddel geleverd krijgt. De arts, verpleegkundig specialist of nurse practitioner vertaalt zijn/haar bevindingen in een functiegerichte verwijzing. Bij enkele indicaties is er nader onderzoek gewenst. Hieronder zijn een aantal indicaties en onderzoeksmethoden weergegeven.*

Verdenking van:	Onderzoek
<input type="checkbox"/> CVI	
<input type="checkbox"/> Lymfoedeem	<input type="checkbox"/> Duplex onderzoek
<input type="checkbox"/> PAV	<input type="checkbox"/> EAI/teendrukmeting
<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> Lymfscintigrafie
<input type="checkbox"/> Trombose (DVT)	<input type="checkbox"/> Fluoroscopie
<input type="checkbox"/> Varices	<input type="checkbox"/> Doppler
<input type="checkbox"/> Anders: _____	
<input type="checkbox"/> Géén onderzoek bekend	

## Verantwoording: incl. stepped care

(zie toelichting stepped care aan het eind van dit document)

### Medische indicatie :

meerdere antwoorden mogelijk:

<input type="checkbox"/> Veneus oedeem	<input type="checkbox"/> Oncologische oorzaak
<input type="checkbox"/> Lymfoedeem <input type="checkbox"/> Primair <input type="checkbox"/> Secundair	<input type="checkbox"/> Ulcus Cruris
<input type="checkbox"/> Lipoedeem	<input type="checkbox"/> Trauma
<input type="checkbox"/> Trombose (DVT)	<input type="checkbox"/> PTS
<input type="checkbox"/> Veneuze insufficiëntie	<input type="checkbox"/> Klippel Trenaunay
<input type="checkbox"/> Arteriële Insufficiëntie	<input type="checkbox"/> Inactiviteitsoedeem
<input type="checkbox"/> Erysipelas	
<input type="checkbox"/> Anders: _____	

### Relevante comorbiditeiten o.a.:

meerdere antwoorden mogelijk

<input type="checkbox"/> Obesitas	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus
<input type="checkbox"/> Decompensatio Cordis	<input type="checkbox"/> PAV
<input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie	<input type="checkbox"/> Huidafwijkingen
<input type="checkbox"/> Wond	
<input type="checkbox"/> Anders: _____	

Zie voor meerdere comorbiditeiten bijlage 9 module compressiehulpmiddelen zorg (generiek kwaliteitskader hulpmiddelen)

### Andere complicerende factoren: nadere omschrijving onder toelichting is verplicht

meerdere antwoorden mogelijk

<input type="checkbox"/> Ernstige mate van deformatie	<input type="checkbox"/> Pijn
<input type="checkbox"/> Meerdere locaties	<input type="checkbox"/> Krachtverlies
<input type="checkbox"/> Oedeemtoename ondanks TEK	<input type="checkbox"/> Fysieke beperkingen
<input type="checkbox"/> Mentale beperkingen	<input type="checkbox"/> Motorische beperkingen
<input type="checkbox"/> Functionele beperkingen	<input type="checkbox"/> Congenitale afwijkingen
<input type="checkbox"/> Andere complexiteit(en): _____	
<input type="checkbox"/> Toelichting: _____	
_____	
_____	

**Door wie wordt het compressiehulpmiddel aangebracht:**

meerdere antwoorden mogelijk

<input type="radio"/> Zelfstandig	<input type="radio"/> Wijkverpleegkundige
<input type="radio"/> Mantelzorg	<input type="radio"/> Wondconsulente
<input type="radio"/> Wondverpleegkundige	
<input type="radio"/> Verzorgende	
<input type="radio"/> Anders: _____	

**Wie houdt de supervisie:**

meerdere antwoorden mogelijk

<input type="radio"/> Huisarts/ Medisch specialist	<input type="radio"/> Wijkverpleegkundige
<input type="radio"/> Wondverpleegkundige	<input type="radio"/> Wondconsulente
<input type="radio"/> Verzorgende	<input type="radio"/> Oedeem fysiotherapeut
<input type="radio"/> Compressietherapeut/Bandagist	<input type="radio"/> Huid- en oedeemtherapeut
<input type="radio"/> Anders: _____	

**Stepped care vragen:**

**Waarom kan niet worden volstaan met (traditioneel) zwachtelen?** *nadere omschrijving is verplicht*

<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> NVT</li><li><input type="radio"/> Zwachtelen niet mogelijk door vorm, zwachtels zakken</li><li><input type="radio"/> Zwachtelen is te arbeidsintensief bij deze cliënt/gebruiker omdat: _____</li><li><input type="radio"/> Duur en frequentie van zwachtelsessies beperken omdat: _____</li><li><input type="radio"/> Zwachtelen te pijnlijk omdat: _____</li><li><input type="radio"/> Sneller resultaat/snellere genezing/bereiken stabiele situatie</li><li><input type="radio"/> Zorg is niet (voldoende) beschikbaar</li><li><input type="radio"/> Te langdurig zwachtelen (3-6 weken)</li><li><input type="radio"/> Locatie is niet geschikt</li><li><input type="radio"/> Gebruik van plakzwachtels reduceren</li><li><input type="radio"/> Anders: _____</li></ul>
---

## Waarom kan niet worden volstaan met een therapeutische elastische kous (TEK)?

*nadere omschrijving is verplicht*

- TEK alleen geeft niet voldoende druk
- Druk verhoging (lokaal)
- Druk ontlasting (offload)/ voorkomen insnoeren
- TEK kan niet zelf aangetrokken worden omdat: \_\_\_\_\_
- Zelfmanagement niet mogelijk met alleen TEK
- Ander compressiehulpmiddel is effectiever
- TEK is niet mogelijk i.v.m. vorm of plaats o.i.d..
- TEK is niet te verdragen omdat: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Poly Neuropathie
- Locatie is niet geschikt
- Fluctuerend oedeem
- Anders: \_\_\_\_\_

Is de te verwachte eindsituatie een TEK?  Ja  Nee

Is het vervangend compressiehulpmiddel blijvend?  Ja  Nee

Anders: \_\_\_\_\_