

In te vullen door de behandelaar

Stap 1 - Indicatiestelling of aandoening:

lipoedeem	primair lymfoedeem	secundair lymfoedeem
-----------	--------------------	----------------------

Stap 2 - Aanduiding te behandelen lichaamsdeel:

links	hoofd	schouder	hand	genitaliën	onderbeen
rechts	borst en borstwand	arm	thorax	bovenbeen	voet

Anders/combinatie:

Stap 3 - Compressiehulpmiddel t.b.v. oedeemreductie ter compensatie van langdurig functieverlies van bloed- en/of lymfevaten?

ja
nee

Stap 4 - Behandelduur:

kortdurig (< 3 weken)

langdurig (> 3 weken)

permanent

Stap 5 - Draagadvies:

dag en nacht

dag of nacht

anders, nl.: (hieronder vermelden)

Stap 6 - Naam, handtekening en stempel (huis)arts/verpleegkundig specialist:

Specialisme:

Voorschrijfdatum:

AGB-code:

Naam praktijk/instelling, adres, postcode en woonplaats:

Compressiehulpmiddel bestemd voor:

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Adres:

Huisnummer:

Postcode:

Woonplaats:

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Burgerservicenummer:

Besteld door:

Naam praktijk/instelling:

De declaratie wordt afgehandeld door:

deze praktijk

anders, nl.:

Contactpersoon:

E-mailadres:

Afleveradres:

Huisnummer:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

Verbandmiddelen kunnen niet gerepareerd, geretourneerd of gecrediteerd worden volgens landelijke richtlijnen apothekers.

Naam patiënt:
Geboortedatum:
Naam besteller:
Naam bedrijf:
Datum:

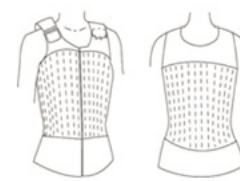
Vest



JoViJacket
Voor extra
compressie



Kanaal opties



Verticaal



1/2 Vulling horizontaal



1/2 Vulling verticaal

Stuks ____	Opmerkingen:
------------	--------------

Opties
Kruisband/Bodystocking sluiting
Los verkrijgbaar
JoViJacket Black
JoViJacket White
Opmerkingen:

Type verband		
Volledige vulling verticaal		
1/2 Vulling	Links	Rechts
	Horizontale kanalen	Verticale kanalen
Mastectomie	Links	Rechts
Lumpectomie	Links	Rechts
Kleur/afwerking		
Katoen/Lycra®		
Black	Ivory	Royal Blue
Andere mogelijkheden		
2 Blend foam,		
Slimline (meer kanalen minder schuim)		
Verband eindigt bij taille		

Naam patiënt:
Geboortedatum:
Naam besteller:
Naam bedrijf:
Datum:

Patiëntgegevens

Vrouw	Man
1e Verstrekking	Herhaling
Lengte:	
Gewicht:	

Maatwerk verbanden hebben een gegarandeerde pasvorm, mits de maten en patiëntinformatie correct aangeleverd zijn.

