

Aanvraagformulier compressie-hulpmiddelen en toebehoren


LET OP:

download eerst dit bestand voordat je het invult.

Toelichting:

De zorgverzekeraars hebben gezamenlijk besloten de inzet van dit formulier op te nemen in hun beleid. Het gaat dan om aanvragen waarbij volgens de overeenkomst een machtiging van een zorgverzekeraar nodig is of aanvragen die buiten de contract- en machtigingsafspraken vallen. Dit formulier vervangt de huidige zorgaanvraagprocedure.

TIP: Dit formulier of gedeeltes hiervan kunnen ook worden gebruikt als onderdeel van de dossiervorming.

De inzet van compressiehulpmiddelen heeft als doel: het bereiken en behouden van een stabiele situatie.

Om te kunnen beoordelen of iemand in aanmerking komt voor vergoeding van compressiehulpmiddelen dient er sprake te zijn van een goede informatieoverdracht vanuit de zorgverlener/leverancier. Hierin dient het gewenste product, de reden van zorgaanvraag, de verantwoording van de zorgaanvraag en het participatieniveau in beeld te worden gebracht.

Een nadere toelichting kunt u vinden in het document "toelichting zorgaanvraagformulier".

Voor wie is deze zorgaanvraag?

Client gegevens: of plak hier een sticker

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Polisnummer:

Postcode:

Zorgverzekeraar:

Woonplaats:

BSN nummer:

Tel: nummer:

AGB code:

(Huis)arts:

Is er een voorschrift van een voorschrijver aanwezig?

Nee

Ja

datum:

Hierna dient het specifieke deel ingevuld te worden:

Onderste extremiteit

Ga door naar Item 1

Bovenste extremiteit

Ga door naar Item 2

Voorzieningen voor hoofd-hals, Thorax en/of genitaal

Ga door naar Item 3

Aan- & Uittrekhulpmiddel

Ga door naar Item 4