

Aanvraagformulier compressiehulpmiddelen en toebehoren

Een nadere toelichting kunt u vinden in het document “toelichting zorgaanvraagformulier”.

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 leverancier. Hierin dient het gewenste product, de reden van zorgaanvraag, de verantwoording van de zorgaanvraag en het participatieniveau in beeld te worden gebracht.

Voor wie is deze zorgaanvraag?

Clïent/gebruiker gegevens: of plak hier een sticker

Naam: _____ Geboortedatum: _____
Adres: _____ Polisnummer: _____
Postcode: _____ Zorgverzekeraar: _____
Woonplaats: _____ BSN nummer: _____
Tel: nummer: _____
(Huis) arts: _____ AGB code _____
Is er een voorschrift van een voorschrijver aanwezig? Ja/Nee datum: _____

Hiervoor 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** -