

AANVRAAG VOOR DE VERSTREKKING VAN THERAPEUTISCH ELASTISCHE KOUSEN

Naam patiënt: Geboortedatum:
Adres: Zorgverzekering:
Postcode: Polisnummer:
Plaats: BSN:
Telefoonnummer:

DIAGNOSE

cvi met oedeem
varices met oedeem
trombose
primair lymfoedeem secundair lymfoedeem lipoedeem
erysipelas
chronisch posttraumatisch oedeem chronisch postoperatief oedeem
overige:

VOORGESCHIEDENIS

patiënt wordt gezwachteld patiënt krijgt oedeemtherapie

TYPERING

been kous tot de knie been kous tot de lies overige
arm kous zonder handschoen arm kous met handschoen
drukklasse I drukklasse II drukklasse III drukklasse IV

COMORBITEIT

arterieel vaatlijden reuma huidaandoeningen diabetes/neuropathie

BIJZONDERHEDEN

STEMPEL/HANDTEKENING ARTS:

Datum:

Praktijk naam:

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Specialisme: