

VERANTWOORDINGSFORMULIER

Stomahulpmiddelen

Bij velden met een * dient een aanvullende motivatie te worden gegeven.

KLANTGEGEVENS (s.v.p. volledig in te vullen door behandelend arts/huisarts/verpleegkundige)

Naam M/V Zorgverzekeraar

Adres Polisnummer

Postcode / Plaats **Aanvraag verantwoording**

Telefoonnummer (Ontslag)datum, dd

Geboortedatum Stoma aangelegd, dd

BSN Meerverbruik, dd*.....

Primaire medische indicatie (onderliggend lijden; in relatie tot verstrekking van het medisch hulpmiddel)

Kanker Aangeboren afwijkingen

IBD Chronische incontinentie Overig

Soort stoma

Colostoma Urostoma Combi Colo-/Urostoma

Ileostoma Continent Pouch/ Malone stoma Combi Ileo-/Urostoma

Colostoma met irrigeren (Slijm) Fistel

Wat voor karakter heeft de stoma?

Tijdelijk Blijvend

Dubbelloops Eindstandig

Welke factoren hebben invloed op (de behandeling van) de stoma?

Medische behandeling Functionele factoren (bijv. beperkte handfunctie/visus) Zelfredzaamheid

Is er sprake van één van de volgende situaties?

Is er sprake van stomacomplicatie(s)?

Flush/retractie Hernia/prolaps Necrose

Stenose Extreem oedeem Overig, nl.

Is er sprake van huidproblemen of oneffenheden rondom de stoma?

Rode huid (erytheem) Erosieve beschadiging Ulceratie (dieper effect)

Pukkels/verhevenheden Hypergranulatie Overig, nl.

Hulpmiddelen

Stoma opvangmateriaal

Accessoires (bijv. huidbescherming, opvulmateriaal etc.) **

Irrigatiemateriaal

Buikondersteunend hulpmiddel ***

Indien van toepassing verplicht invullen:

* Motivatie en verwachte duur meerverbruik

** Motivatie gebruik accessoires

*** Motivatie buikondersteunend hulpmiddel

Naam organisatie + locatie:

Naam arts/huisarts/verpleegkundige:

Datum:

Emailadres:

Plaats hier uw stempel of naam (huis)arts

Telefoonnr.:

AGB / BIG:

Handtekening: