



Gegevens verzekerde

Naam:
 Adres:
 Postcode / woonplaats:
 Geboortedatum: telefoon:
 Relatienummer:

betreffend hokje aankruisen / doorhalen wat niet van toepassing is

Medische indicatie:

.....

Is de patiënt volledig bedlegerig? ja nee
 Is de patiënt gedeeltelijk bedlegerig? ja nee
 Zo ja, hoeveel uur per etmaal? uur

Is er sprake van decubitus? ja nee
 Zo ja, welk stadium?

- I niet wegdrubbare roodheid
 - II blaarvorming open / gesloten
 - III oppervlakkige ontveling met / zonder necrose
 - IV open wond met / zonder necrose
- stuit / heup / schouder / oren

Waar is de decubitus vastgesteld?

Wordt de patiënt op bed verzorgd? ja nee
 Zo ja, hoe vaak per dag? x per dag
 Waar bestaat de verzorging uit?

Door wie wordt de patiënt verzorgd?

Is de patiënt rolstoelafhankelijk? ja nee
 Kan de patiënt zelfstandig de transfer bed / stoel maken? ja nee
 Gebruikt de patiënt een bed van de AWBZ (uitleen)? ja nee
 Zo ja, wanneer verstrijkt de maximale uitleentermijn?



Naam aanvragend arts: Telefoon:
 Datum: Handtekening:

Dit formulier kunt u sturen naar de depothouder, Middenhoven 18, 6042 NX Roermond, telefoonnummer (0475) 727500.
 Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met Klantenservice Zorg, telefoonnummer (026) 353 53 53.