

Gegevens verzekerde

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

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 ontvelling met / zonder necrose
 IV open wond met / zonder necrose

Waar is de decubitus vastgesteld?
stuit / heup / schouder / oren

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 deponhouder, Middenhoven 18, 6042 NX Roermond, telefoonnummer (0475) 727500.
Heeft u vragen? Dan kunt u contact opnemen met Klantenservice Zorg, telefoonnummer 026 353 53 53.