

**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**

<input type="checkbox"/> Colostoma	<input type="checkbox"/> Urostoma	<input type="checkbox"/> Combi Colo-/Urostoma
<input type="checkbox"/> Ileostoma	<input type="checkbox"/> Continent Pouch/ Malone stoma	<input type="checkbox"/> Combi Ileo-/Urostoma
<input type="checkbox"/> Colostoma met irrigeren	<input type="checkbox"/> (Slijm) Fistel	

**Wat voor karakter heeft de stoma?**

<input type="checkbox"/> Tijdelijk	<input type="checkbox"/> Blijvend
<input type="checkbox"/> Dubbelloops	<input type="checkbox"/> 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)?

<input type="checkbox"/> Flush/retractie	<input type="checkbox"/> Hernia/prolaps	<input type="checkbox"/> Necrose
<input type="checkbox"/> Stenose	<input type="checkbox"/> Extreem oedeem	<input type="checkbox"/> Overig, nl. ....

Is er sprake van huidproblemen of oneffenheden rondom de stoma?

<input type="checkbox"/> Rode huid (erytheem)	<input type="checkbox"/> Erosieve beschadiging	<input type="checkbox"/> Ulceratie (dieper effect)
<input type="checkbox"/> Pukkels/verhevenheden	<input type="checkbox"/> Hypergranulatie	<input type="checkbox"/> 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: