

VERANTWOORDINGSFORMULIER

Continentiehulpmiddelen

Alleen in te vullen door behandelend arts/huisarts/verpleegkundige

KLANTGEGEVENS (s.v.p. volledig invullen)

Naam M/V
Adres
Postcode / Plaats
Telefoonnummer
Geboortedatum
BSN
Zorgverzekeraar
Polisnummer
Patiënt heeft WLZ indicatie Ja Nee

PROBLEEM: Type continentieproblematiek

- Stress incontinentie
 Urge incontinentie
 Gemengde incontinentie
 Functionele incontinentie
 Retentieblaas
 Residu na mictie
 Fecale incontinentie
 Obstipatie
 Overige

ETIOLOGIE / ONDERLIGGENDE MEDISCHE INDICATIE:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dementie | <input type="checkbox"/> Ziekte van Hirschsprung | <input type="checkbox"/> Interstitiële cystitis |
| <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> Anorectale Malformatie | <input type="checkbox"/> Cognitieve beperking |
| <input type="checkbox"/> Spina Bifida | <input type="checkbox"/> Oncologische aandoening | <input type="checkbox"/> Verwachte levensduur < 4 mnd |
| <input type="checkbox"/> Dwarslaesie | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Overige |

MATE VAN ZELFREDZAAMHEID:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zelfstandig | <input type="checkbox"/> Professionele ondersteuning nodig | <input type="checkbox"/> Beperkte handfunctie |
| <input type="checkbox"/> Deels afhankelijk van professionals/
derden | <input type="checkbox"/> Rolstoelgebonden | <input type="checkbox"/> Beperkte visus |
| | <input type="checkbox"/> Bedlegerig | |

SOORT MATERIAAL:

Afvoerende materialen*

- Eénmalige katheters x per 24 uur
 Verblifskatheter
 Condoomkatheter
 Blaasspoelen x per 24 uur
 Urine opvangzakken

Absorberende materialen**

- Inlegger plakstrook
 Inlegger
 Slips
 Pants
 Heupband
 Anale of urethrale stop

Darmspoelen rectaal

- Handspoelset
 Automatische Spoelpomp
 Rectaalkatheter
 Conus

Overig***

- Onderlegger (i.p.v. lichaamsgedragen materiaal)
 Onderlegger (o.b.v. medische indicatie)

Startset meegegeven

Onderbouwing materiaalkeuze (graag invullen)

* Verwachting gebruik materiaal langer dan 2 weken

** Verwachting gebruik materiaal langer dan 2 maanden

*** Onderbouw uw keuze

SYMPTOMEN (IN)CONTINENTIE:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Retentie | <input type="checkbox"/> Matig ongewild urineverlies
Dagelijkse scheutsgewijs verlies van urine:
< 900cc per 24 uur. En / of (in combinatie met)
vochtige flatulentie | <input type="checkbox"/> Zeer zwaar ongewild urineverlies
Dagelijkse doorlopend verlies van urine grote
hoeveelheden (t.g.v. a-tone blaas): > 2000cc per
24 uur. En / of een of meerdere porties ontlastings-
verlies |
| <input type="checkbox"/> Zeer licht ongewild urineverlies
Niet dagelijkse druppelincontinentie:
< 50cc per 24 uur. | <input type="checkbox"/> Zwaar ongewild urineverlies (900- 1500)
Dagelijkse verlies van urine grote hoeveelheden
(t.g.v. verminderde blaasfunctie): < 1500cc per 24
uur. En / of een of meerdere porties ontlastings-
verlies | Vink aan bij zeer zwaar ongewild
urineverlies: |
| <input type="checkbox"/> Zeer licht ongewild urineverlies
Dagelijkse druppelincontinentie:
< 100cc per 24 uur. | <input type="checkbox"/> Zwaar ongewild urineverlies (1500-2000)
Dagelijkse doorlopend verlies van urine grote hoe-
veelheden (t.g.v. a-tone blaas): > 1500cc per 24 uur.
En / of een of meerdere porties ontlastingsverlies | <input type="checkbox"/> Meervoudige handicap |
| <input type="checkbox"/> Licht ongewild urineverlies
Dagelijkse druppelsgewijs of scheutsgewijs verlies
van urine: < 300cc per 24 uur. En / of (in combina-
tie met) vochtige flatulentie | | <input type="checkbox"/> Verstandelijke handicap (ontwikkelingsleeftijd kind) |
| | | <input type="checkbox"/> Ernstig lichamenlijk beperkt of gehandicapt |
| | | <input type="checkbox"/> Dementieel syndroom (ZZP VV 4 of 5) |
| | | <input type="checkbox"/> Geen van bovenstaande |

Naam organisatie + locatie & afdeling:

E-mailadres

Telefoonnr.

Datum

Medische indicatie gesteld door:

Arts Huisarts Verpleegkundig specialist

Naam

AGB/BIG

Handtekening

VERANTWOORDINGSFORMULIER

Continentiehulpmiddelen

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

 Naam M/V
 Adres
 Postcode / Plaats
 Telefoonnummer
 Geboortedatum
 BSN
 Zorgverzekeraar
 Polisnummer
 Patiënt heeft WLZ indicatie Ja Nee

PROBLEEM: Type continentieproblematiek

-
- Stress incontinentie
-
-
- Urge incontinentie
-
-
- Gemengde incontinentie
-
-
- Functionele incontinentie
-
-
- Retentieblaas
-
-
- Residu na mictie
-
-
- Fecale incontinentie
-
-
- Obstipatie
-
-
- Overige

ETIOLOGIE / ONDERLIGGENDE MEDISCHE INDICATIE:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dementie | <input type="checkbox"/> Ziekte van Hirschsprung | <input type="checkbox"/> Interstitiële cystitis |
| <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> Anorectale Malformatie | <input type="checkbox"/> Cognitieve beperking |
| <input type="checkbox"/> Spina Bifida | <input type="checkbox"/> Oncologische aandoening | <input type="checkbox"/> Verwachte levensduur < 4 mnd |
| <input type="checkbox"/> Dwarslaesie | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Overige |

MATE VAN ZELFREDZAAMHEID:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zelfstandig | <input type="checkbox"/> Professionele ondersteuning nodig | <input type="checkbox"/> Beperkte handfunctie |
| <input type="checkbox"/> Deels afhankelijk van professionals/
derden | <input type="checkbox"/> Rolstoelgebonden | <input type="checkbox"/> Beperkte visus |
| | <input type="checkbox"/> Bedlegerig | |

SOORT MATERIAAL:
Afvoerende materialen*

-
- Eénmalige katheters x per 24 uur
-
-
- Verblifskatheter
-
-
- Condoomkatheter
-
-
- Blaasspoelen x per 24 uur
-
-
- Urine opvangzakken

Absorberende materialen**

-
- Inlegger plakstrook
-
-
- Inlegger
-
-
- Slips
-
-
- Pants
-
-
- Heupband
-
-
- Anale of urethrale stop

Darmspoelen rectaal

-
- Handspoelset
-
-
- Automatische Spoelpomp
-
-
- Rectaalkatheter
-
-
- Conus

Overig***

-
- Onderlegger (i.p.v. lichaamsgedragen materiaal)
-
-
- Onderlegger (o.b.v. medische indicatie)

 Startsetmeegegeven

Onderbouwing materiaalkeuze (graag invullen)

- * Verwachting gebruik materiaal langer dan 2 weken
 ** Verwachting gebruik materiaal langer dan 2 maanden
 *** Onderbouw uw keuze

SYMPTOMEN (IN)CONTINENTIE:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Retentie | <input type="checkbox"/> Matig ongewild urineverlies
Dagelijkse scheutsgewijs verlies van urine:
< 900cc per 24 uur. En / of (in combinatie met)
vochtige flatulentie | <input type="checkbox"/> Zeer zwaar ongewild urineverlies
Dagelijkse doorlopend verlies van urine grote
hoeveelheden (t.g.v. a-tone blaas): > 2000cc per
24 uur. En / of een of meerdere porties ontlastings-
verlies |
| <input type="checkbox"/> Zeer licht ongewild urineverlies
Niet dagelijkse druppelincontinentie:
< 50cc per 24 uur. | <input type="checkbox"/> Zwaar ongewild urineverlies (900- 1500)
Dagelijkse verlies van urine grote hoeveelheden
(t.g.v. verminderde blaasfunctie): < 1500cc per 24
uur. En / of een of meerdere porties ontlastings-
verlies | Vink aan bij zeer zwaar ongewild
urineverlies: |
| <input type="checkbox"/> Zeer licht ongewild urineverlies
Dagelijkse druppelincontinentie:
< 100cc per 24 uur. | <input type="checkbox"/> Zwaar ongewild urineverlies (1500-2000)
Dagelijkse doorlopend verlies van urine grote hoe-
veelheden (t.g.v. a-tone blaas): > 1500cc per 24 uur.
En / of een of meerdere porties ontlastingsverlies | <input type="checkbox"/> Meervoudige handicap |
| <input type="checkbox"/> Licht ongewild urineverlies
Dagelijkse druppelsgewijs of scheutsgewijs verlies
van urine: < 300cc per 24 uur. En / of (in combina-
tie met) vochtige flatulentie | | <input type="checkbox"/> Verstandelijke handicap (ontwikkelingsleeftijd kind) |
| | | <input type="checkbox"/> Ernstig lichamenlijk beperkt of gehandicapt |
| | | <input type="checkbox"/> Dementieel syndroom (ZZP VV 4 of 5) |
| | | <input type="checkbox"/> Geen van bovenstaande |

Naam organisatie + locatie & afdeling:

E-mailadres

Telefoonnr.

Datum

Medische indicatie gesteld door:

 Arts Huisarts Verpleegkundig specialist

Naam

AGB/BIG

Handtekening

VERANTWOORDINGSFORMULIER

Continentiehulpmiddelen

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

 Naam M/V
 Adres
 Postcode / Plaats
 Telefoonnummer
 Geboortedatum
 BSN
 Zorgverzekeraar
 Polisnummer
 Patiënt heeft WLZ indicatie Ja Nee

PROBLEEM: Type continentieproblematiek

-
- Stress incontinentie
-
-
- Urge incontinentie
-
-
- Gemengde incontinentie
-
-
- Functionele incontinentie
-
-
- Retentieblaas
-
-
- Residu na mictie
-
-
- Fecale incontinentie
-
-
- Obstipatie
-
-
- Overige

ETIOLOGIE / ONDERLIGGENDE MEDISCHE INDICATIE:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dementie | <input type="checkbox"/> Ziekte van Hirschsprung | <input type="checkbox"/> Interstitiële cystitis |
| <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> Anorectale Malformatie | <input type="checkbox"/> Cognitieve beperking |
| <input type="checkbox"/> Spina Bifida | <input type="checkbox"/> Oncologische aandoening | <input type="checkbox"/> Verwachte levensduur < 4 mnd |
| <input type="checkbox"/> Dwarslaesie | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Overige |

MATE VAN ZELFREDZAAMHEID:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zelfstandig | <input type="checkbox"/> Professionele ondersteuning nodig | <input type="checkbox"/> Beperkte handfunctie |
| <input type="checkbox"/> Deels afhankelijk van professionals/
derden | <input type="checkbox"/> Rolstoelgebonden | <input type="checkbox"/> Beperkte visus |
| | <input type="checkbox"/> Bedlegerig | |

SOORT MATERIAAL:
Afvoerende materialen*

-
- Eénmalige katheters x per 24 uur
-
-
- Verblifskatheter
-
-
- Condoomkatheter
-
-
- Blaasspoelen x per 24 uur
-
-
- Urine opvangzakken

Absorberende materialen**

-
- Inlegger plakstrook
-
-
- Inlegger
-
-
- Slips
-
-
- Pants
-
-
- Heupband
-
-
- Anale of urethrale stop

Darmspoelen rectaal

-
- Handspoelset
-
-
- Automatische Spoelpomp
-
-
- Rectaalkatheter
-
-
- Conus

Overig***

-
- Onderlegger (i.p.v. lichaamsgedragen materiaal)
-
-
- Onderlegger (o.b.v. medische indicatie)

 Startset meegegeven

Onderbouwing materiaalkeuze (graag invullen)

- * Verwachting gebruik materiaal langer dan 2 weken
 ** Verwachting gebruik materiaal langer dan 2 maanden
 *** Onderbouw uw keuze

SYMPTOMEN (IN)CONTINENTIE:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Retentie | <input type="checkbox"/> Matig ongewild urineverlies
Dagelijkse scheutsgewijs verlies van urine:
< 900cc per 24 uur. En / of (in combinatie met)
vochtige flatulentie | <input type="checkbox"/> Zeer zwaar ongewild urineverlies
Dagelijkse doorlopend verlies van urine grote
hoeveelheden (t.g.v. a-tone blaas): > 2000cc per
24 uur. En / of een of meerdere porties ontlastings-
verlies |
| <input type="checkbox"/> Zeer licht ongewild urineverlies
Niet dagelijkse druppelincontinentie:
< 50cc per 24 uur. | <input type="checkbox"/> Zwaar ongewild urineverlies (900- 1500)
Dagelijkse verlies van urine grote hoeveelheden
(t.g.v. verminderde blaasfunctie): < 1500cc per 24
uur. En / of een of meerdere porties ontlastings-
verlies | Vink aan bij zeer zwaar ongewild
urineverlies: |
| <input type="checkbox"/> Zeer licht ongewild urineverlies
Dagelijkse druppelincontinentie:
< 100cc per 24 uur. | <input type="checkbox"/> Zwaar ongewild urineverlies (1500-2000)
Dagelijkse doorlopend verlies van urine grote hoe-
veelheden (t.g.v. a-tone blaas): > 1500cc per 24 uur.
En / of een of meerdere porties ontlastingsverlies | <input type="checkbox"/> Meervoudige handicap |
| <input type="checkbox"/> Licht ongewild urineverlies
Dagelijkse druppelsgewijs of scheutsgewijs verlies
van urine: < 300cc per 24 uur. En / of (in combina-
tie met) vochtige flatulentie | | <input type="checkbox"/> Verstandelijke handicap (ontwikkelingsleeftijd kind) |
| | | <input type="checkbox"/> Ernstig lichamenlijk beperkt of gehandicapt |
| | | <input type="checkbox"/> Dementieel syndroom (ZZP VV 4 of 5) |
| | | <input type="checkbox"/> Geen van bovenstaande |

Naam organisatie + locatie & afdeling:

E-mailadres

Telefoonnr.

Datum

Medische indicatie gesteld door:

 Arts Huisarts Verpleegkundig specialist

Naam

AGB/BIG

Handtekening

Toelichting verantwoordingsformulier continenthulpmiddelen

Waarom heeft Mediq een volledig ingevulde verantwoording nodig?

Patiënten met incontinentie- en/ of ontlastingproblemen hebben recht op vergoeding van medische hulpmiddelen vanuit de basiszorg. Hiervoor is de Regelgeving Zorgverzekering opgesteld waarbinnen de criteria zijn bepaald in welke situatie er recht is op verstrekking. De aanspraak op hulpmiddelen omvat de verschaffing van een medisch hulpmiddel op basis van functioneringsgericht voorschrijven. In de basis wordt alles vergoed maar een zorgverzekeraar is vrij om de breedte van het assortiment te bepalen.

Om medische hulpmiddelen te kunnen declareren heeft Mediq uw functioneringsgerichte onderbouwing nodig. Dit verantwoordingsformulier bevat de verplichte elementen die Mediq aan de zorgverzekeraar moet kunnen overhandigen ter onderbouwing van de geleverde materialen. Het formulier voldoet daarnaast aan de criteria die gelden vanuit de PES+ structuur (probleem, etiologie en symptomen). Deze PES+ structuur is opgesteld door de werkgroep Kwaliteitsverbetering Continentie Hulpmiddelen, in opdracht van het Ministerie van VWS, en opgenomen in de module continenthulpmiddelen*.

Hoe in te vullen?

Vul de patiëntgegevens zo volledig mogelijk in en kruis vervolgens die velden aan die van toepassing zijn op de patiënt. Bij Probleem en Etiologie zijn meerdere opties mogelijk. Wordt voor de optie overig gekozen, geef dan een duidelijke toelichting wat de indicatie betreft.

Type materiaal:

Maak een keuze uit afvoerende materialen, absorberende materialen of rectaal spoelen. Indien een combinatie van verschillende materialen nodig is, vink dan alle benodigde materialen aan. Er hoeft geen apart formulier per materiaal ingevuld te worden.

Symptomen (in)continentie:

Kies de categorie die van toepassing is (let op: maar 1 antwoord aankruisen).

Handtekening:

De medische indicatie wordt altijd vastgesteld door de medisch specialist. Het voorschrijven van de materialen kan gebeuren door de medisch specialist of een handtekening kan worden gezet onder toezicht van een tekenbevoegde. Dit betreft een specialist, (huis)arts of een (gespecialiseerde) big-geregistreerde verpleegkundige niveau 4 of 5.

Algemene vergoedingsregels

Patiënten hebben recht op verstrekking van medische hulpmiddelen voor continentieproblematiek. In het algemeen worden hulpmiddelen in de thuissituatie vergoed vanuit de basiszorgverzekering. Hulpmiddelen ingebracht in het ziekenhuis worden vergoed binnen de DOT van het ziekenhuis. Voor verdere uitleg zie: regelgeving zorgverzekering*.

Continentie hulpmiddelen verstrekt aan klinische patiënten en mensen verblijvend in revalidatiecentra worden betaald via DBC's; de hulpmiddelen die worden gebruikt in verpleeghuizen vallen onder de WLZ. Deze patiënten hebben geen recht op verstrekking vanuit de zorgverzekeringswet.

Er is recht op verstrekking van de hulpmiddelen op het moment dat er sprake is van een (naar verwachting) chronische situatie.

- Voor afvoerende materialen geldt dat de medische situatie > 2 weken aanwezig is.
- Voor absorberende materialen bij urineverlies geldt dat de problematiek > 2 maanden aanwezig is.
- Voor absorberende materialen bij ontlastingverlies geldt dat de problematiek > 2 weken aanwezig is.
- Er mag geen sprake zijn van (enkel) nachtelijk bedplassen (enuresis nocturna).

Bij patiënten die terminaal (verwachte levensduur 2 tot 4 maanden) zijn mag worden afgeweken van de norm dat men minimaal 2 maanden urineverlies of 2 weken ontlastingverlies moet hebben om voor vergoeding in aanmerking te komen.

De volgende hulpmiddelen worden niet uit het basispakket vergoed:

- Schoonmaakmiddelen en geurmiddelen
- Huidbeschermende middelen anders dan bij stomapatiënten
- Kleding, met uitzondering van wegwerpfixatiebroeken (netbroekjes)

Productgroep specifieke vergoedingsregels

Afvoerende hulpmiddelen

Wanneer wel vergoeding

Om in aanmerking te komen voor vergoeding dient de aard van de problematiek zich 2 weken of langer voor te doen. Voor specifieke uitleg zie documentatie Zorginstituut Nederland*.

Afvoerende hulpmiddelen betreffen uitwendige hulpmiddelen met al dan niet inwendige onderdelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urineloosing en defecatie. Onder de te vergoeden prestatie vallen onder meer katheters, opvangzakken, irrigatiesets en noodzakelijke toebehoren zoals glijvloeistoffen, blaasvloeistoffen en benodigde hulpstukken voor fixatie aan het been of bed.

Wanneer geen vergoeding

- Blaasspoelbloeistoffen
Zorginstituut Nederland heeft in een uitspraak aangegeven dat blaasspoelbloeistoffen met chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en niet meer in de basisverzekering vallen. Voor andere blaasspoelbloeistoffen geldt dat de medische indicatie tevens de frequentie en de geïndiceerde duur dient te bevatten.
- Steriele urine opvangzakken
In de basis is er in de thuissituatie geen noodzaak tot het gebruik van steriele opvangzakken. Indien er sprake is van medische noodzaak dient dit aanvullend onderbouwd te worden.

Absorberende hulpmiddelen

Wanneer wel vergoeding

Kinderen tussen 3 en 5 jaar kunnen in aanmerking komen voor de vergoeding van de absorberende materialen als er sprake is van een niet-natuurlijke (niet fysiologische) vorm van incontinentie (ongewild urineverlies op basis van een anatomische afwijking aan de urine- en/of darmwegen dan wel een neurologische aandoening waarbij op voorhand vaststaat dat patiënt nooit continent zal worden).

Patiënten van 5 jaar en ouder komen voor absorberende materialen in aanmerking:

- Als de ontlastingsproblemen langer dan 2 weken bestaan of als de urineproblemen langer bestaan dan 2 maanden.
 - Kortdurende incontinentieklachten, zoals ten gevolge van zwangerschap of na een operatie, vormen geen indicatie.
- Ter ondersteuning van bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining bij urineproblemen zolang de therapie duurt.

Wanneer geen vergoeding

Kinderen tot 3 jaar komen nooit in aanmerking voor vergoeding van absorberend materiaal, omdat niet zindelijk zijn op die leeftijd normaal is. Een patiënt komt niet in aanmerking voor vergoeding van absorberende materialen als er (enkel) sprake is van enuresis nocturna (nachtelijk bedplassen).

Absorberende onderleggers

Een patiënt komt in aanmerking voor absorberende onderleggers als:

- Door het verlies van bloed, ontstekingsvocht, vocht, urine of ontlasting zulke hygiënische problemen ontstaan, dat deze alleen door het gebruik van een beschermende onderlegger opgelost kunnen worden (bijzondere individuele zorgvraag).
- De onderlegger wordt gebruikt in plaats van lichaamsgedragen absorberende materialen.

Spoelen

Een patiënt kan in aanmerking komen voor spoelapparatuur als hij ernstige problemen heeft met de ontlasting. Deze problemen zijn ontstaan door anatomische of functionele afwijkingen aan de darm, de anus of van de zenuwvoorziening daarvan. Ook de nodige toebehoren die bij de spoelapparatuur horen, komen dan voor vergoeding in aanmerking*.

* Kijk op <https://www.mediqcombicare.nl/richtlijnen>

Stoma spoelen

Voor het spoelen van een stoma gelden andere regels, hiervoor dient een aanvraagformulier ingevuld te worden voor stomahulpmiddelen.