



De mobiele fysio- en huidtherapeut

De mobiele fysio- en huidtherapeut
Hollandweg 52
6843 JP Arnhem
026-3811436
info@demobielefysio-enhuidtherapeut.nl

Lidnummer NVH: 500905
Lidnummer KNGF: 21154
AGB praktijk huidtherapie: 90057252
AGB praktijk fysiotherapie: 04005658

AANVRAAG VOOR DE VERSTREKKING VAN THERAPEUTISCH ELASTISCHE KOUSEN

Naam patiënt: Geboortedatum:
Adres: Zorgverzekering:
Postcode: Polisnummer:
Plaats: BSN:
Telefoonnummer:

DIAGNOSE

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cvi met oedeem | <input type="checkbox"/> cvi met huidveranderingen | |
| <input type="checkbox"/> varices met oedeem | <input type="checkbox"/> zwangerschapsvarices met oedeem | |
| <input type="checkbox"/> trombose | | |
| <input type="checkbox"/> primair lymfoedeem | <input type="checkbox"/> secundair lymfoedeem | <input type="checkbox"/> lipoedeem |
| <input type="checkbox"/> erysipelas | | |
| <input type="checkbox"/> chron. posttraumatisch oedeem | <input type="checkbox"/> chron. postoperatief oedeem | |
| <input type="checkbox"/> overige: | | |

VOORGESCHIEDENIS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> patiënt wordt gezwachteld | <input type="checkbox"/> patiënt krijgt oedeemtherapie |
|--|--|

TYPERING

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> been kous tot de knie | <input type="checkbox"/> been kous tot de lies | <input type="checkbox"/> overige | |
| <input type="checkbox"/> arm kous zonder handschoen | <input type="checkbox"/> arm kous met handschoen | | |
| <input type="checkbox"/> drukklasse I | <input type="checkbox"/> drukklasse II | <input type="checkbox"/> drukklasse III | <input type="checkbox"/> drukklasse IV |

COMORBITEIT

- | | | | |
|---|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> arterieel vaatlijden | <input type="checkbox"/> reuma | <input type="checkbox"/> huidaandoeningen | <input type="checkbox"/> diabetes/neuropathie |
|---|--------------------------------|---|---|

DATUM / BIJZONDERHEDEN

STEMPEL/HANDTEKENING ARTS:

Praktijknaam:
Naam:
Adres:
Postcode:
Woonplaats: