

Ingangsdatum machtiging _____

Persoonsgegevens

Naam _____ M / V

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoon _____

E-mail _____

BSN _____

Zorgverzekeraar en polisnummer _____

Gegevens aanvrager

Voorschrijvend arts/verpleegkundige _____

Instelling _____ Handtekening en stempel en/of AGB-code arts

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Medische gegevens

Verwachte zorgduur

Langer dan 2 maanden bij verlies van urine incontinentie

Langer dan 2 weken bij verlies van ontlasting

Medische indicatie

B1 (Stoornis urinewegen)

B1A (Mild)

B1B (Matig)

B1C (Ernstig)

Neurologische problemen, graag toelichten

Prostaatproblemen, graag toelichten

Meerverbruik, hoeveel meer, graag toelichten

Aangeboren afwijkingen, graag toelichten

Aandoeningen urinewegen, graag toelichten

Darmproblematiek, graag toelichten

Incontinentie bij kinderen, graag toelichten

Medicatie, graag toelichten

Oncologische problemen, graag toelichten

Overige, graag toelichten

Toelichting

Gevolg(en) medische indicatie(s)

Urine-incontinentie:

Stress

Urge

Gemengd

Overloop

Functioneel

Totaal

Ontlastingsincontinentie

Benodigd hulpmiddel

Incontinentiemateriaal

Anaaltampon

Vaginale tampon

MRSA

MRSA Positief

MRSA Negatief