

AANVRAAG VOOR VERSTREKKING INTERMITTERENDE PNEUMATISCHE COMPRESSIETHERAPIE

Datum:.....

Patiëntgegevens	
Naam:	M/V
Geb. datum:	
Adres:	
Postcode + Plaats	
Telefoonnr.:	
Polisnr.:	BSN:
Verzekering mij.:	

Stempel en handtekening arts/specialist

Naam oedeemtherapeut:

Tel.nr:

GEGEVENS MEDISCHE INDICATIE PATIËNT

INDICATIE

- Primair Lymfoedeem
- Secundair Lymfoedeem
- Lipoedeem
- Ulcus Cruris Venosum
- Anders:

TE BEHANDELEN LICHAAMSDEEL/DELEN

- Been: Links / Rechts / beiden*
+ Bekken/buik regio: ja / nee*
- Arm: Links / rechts / beiden*
+ Schouder ja / nee*
+ Thorax ja / nee*

* omcirkel wat van toepassing is

BEHANDELING

- Pretherapy (voorbehandeling) + Lympha
- Lympha (van distaal naar proximaal aanhoudende druk)
- Pretherapy (voorbehandeling) + Wave
- Wave (van distaal naar proximaal golfbeweging)

Dit formulier faxen aan: VARITEX – Haarlem 023-5326000 of e-mail: sales@varitex.nl

Let op: Naast dit formulier dient de specialist/oedeemtherapeut te beschrijven waarom IPC in de thuissituatie noodzakelijk is als aanvulling op:

- dragen van TEK
- MLD
- Zelfmanagement