

(B4) INTAKEFORMULIER WOND- EN COMPRESSIEZORG

Eerste bestelling

Herhaalbestelling

CLIËNTGEGEVENS (S.V.P. VOLLEDIG INVULLEN)

Naam + voorletters:

M V

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Geboortedatum:

BSN nummer:

Polisnummer:

Zorgverzekeraar:

Huisarts:

GEGEVENS INSTELLING/THUISZORG

Naam instelling/thuiszorg:

Afdeling:

Adres:

Kamernummer

Postcode:

Woonplaats:

Contactpersoon:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Mobiel nummer:

Indicatie wond

Wond bij circulatiestoornis
Brandwond
Recidiverende wond
Oncologische wond
Oncologische ulcera
Decubituswond
Wond na trauma
Skintear
Wondinfectie
Diabetisch (voet) ulcera
Fistel
Inflammatoire wond
Anders, nl:

Compressie therapie

Lipoedeem
Lymfoedeem
Ulcus cruris
Veneus oedeem (CVI)

Indicatie litteken

Ernstig littekenweefsel
Litteken ontstaan t.g.v.

Hypertrofisch litteken
Keloid litteken
Operatiewond
Trauma

Anders, nl:

Locatie

Voorzijde



Achterzijde

Wisselfrequentie

Dagelijks
2-3 x per week
Wekelijks
Anders, nl:

Verwachte behandelduur

weken

Productnaam**Maatvoering Adhesief/Niet Adhesief Aantal verpakking/stuks)****Additionele opmerkingen****Naam voorschrijver****Handtekening voorschrijver**