

## **AANVRAAG VOOR DE VERSTREKKING VAN THERAPEUTISCH ELASTISCHE KOUSEN**

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Adres:

Zorgverzekering:

Postcode

Polisnummer:

Plaats:

BSN:

Telefoonnummer:

### **DIAGNOSE**

- cvi met oedeem  cvi met huidveranderingen  
 varices met oedeem  zwangerschapsvarices met oedeem  
 trombose  
 primair lymfoedeem  secundair lymfoedeem  lipoedeem  
 erysipelas  
 chron. posttraumatisch oedeem  chron. postoperatief oedeem  
 overige:

### **VOORGESCHIEDENIS**

- patiënt wordt gezwachteld  patiënt krijgt oedeemtherapie

### **TYPERING**

- been kous tot de knie  been kous tot de lies  overige  
 arm kous zonder handschoen  arm kous met handschoen  
 drukklasse I  drukklasse II  drukklasse III  drukklasse IV

### **COMORBITEIT**

- arterieel vaatlijden  reuma  huidaandoeningen  diabetes/neuropathie

### **BIJZONDERHEDEN**

### **STEMPEL/HANDTEKENING ARTS:**

Datum:

Praktijknaam:

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Specialisme: