

## Hoog/laag bed

Formulier in te vullen door behandelend arts

### Gegevens verzekerde

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode / woonplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

Relatienummer: \_\_\_\_\_

### Medische indicatie:

*betreffend hokje aankruisen*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Is de patiënt volledig bedlegerig?

ja       nee

Is de patiënt gedeeltelijk bedlegerig?

ja       nee

Zo ja, hoeveel uur per etmaal?

\_\_\_\_\_ uur

Is er sprake van decubitus?

ja       nee

Zo ja, welk stadium?

I niet wegdrukbaar roodheid

II blaarvorming open / gesloten

III oppervlakkige ontvelling met / zonder necrose

IV open wond met / zonder necrose

Waar is de decubitus vastgesteld?

stuit

heup

schouder

oren

Wordt de patiënt op bed verzorgd?

ja       nee

Zo ja, hoe vaak per dag?

\_\_\_\_\_ x per dag

Waar bestaat de verzorging uit?

\_\_\_\_\_

Door wie wordt de patiënt verzorgd?

\_\_\_\_\_

Is de patiënt rolstoelafhankelijk?

ja       nee

Kan de patiënt zelfstandig de transfer bed / stoel maken?

ja       nee

Gebruikt patiënt een bed van de AWBZ (uitleen)?

ja       nee

Zo ja, wanneer verstrijkt de maximale uitleentermijn?

\_\_\_\_\_

Naam aanvragend arts: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_



Dit formulier kunt u sturen naar de dephouder, Middenhoven 18, 6042 NX Roermond, telefoonnummer (0475) 727500.  
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling Medische beoordelingen PZP, telefoonnummer (013) 594 97 27.