

Aanvraagformulier

Aangepaste stoel en trippelstoel

Dit formulier is bestemd voor het aanvragen van een aangepaste stoel of trippelstoel door de behandelend arts.
Wij verzoeken u dit formulier volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.



Verzekerdengegevens

Relatienummer: _____
 Voorletters: _____ Tussenvoegsel: _____ Achternaam: _____
 Geboortedatum: _____ de heer mevrouw
 Adres: _____
 Postcode: _____ Woonplaats: _____
 Telefoonnummer 1: _____ Telefoonnummer 2: _____
 E-mail: _____

Medische indicatie:

Stoornissen in functie:

	omschrijving
Krachtsvermindering <input type="checkbox"/> romp/rug <input type="checkbox"/> armen <input type="checkbox"/> handen <input type="checkbox"/> benen <input type="checkbox"/> voeten	
Bewegingsbeperking <input type="checkbox"/> romp/rug <input type="checkbox"/> armen <input type="checkbox"/> handen <input type="checkbox"/> benen <input type="checkbox"/> voeten	
Pijngewaarwording <input type="checkbox"/> romp/rug <input type="checkbox"/> armen <input type="checkbox"/> handen <input type="checkbox"/> benen <input type="checkbox"/> voeten	

Voor specifieke ergotherapeutische advisering eventueel verwijzen naar extramurale ergotherapie.

Welk type stoel wordt aangevraagd?

aangepaste stoel trippelstoel

De volgende vragen alleen beantwoorden bij de aanvraag van een aangepaste stoel.

Wat zijn de beperkingen van de verzekerde?

Welke specifieke aanpassingen zijn hiervoor noodzakelijk?

De volgende vragen alleen beantwoorden bij de aanvraag van een trippelstoel.

Voor welke activiteiten is een trippelstoel noodzakelijk?

Maakt verzekerde gebruik van een loophulpmiddel binnenshuis?

ja nee

Zo ja, welk hulpmiddel? _____

Waarom voldoet dit hulpmiddel niet meer? _____

Maakt verzekerde gebruik van een loophulpmiddel buitenshuis?

ja nee

Zo ja, welk hulpmiddel? _____

Is de woning van de verzekerde aangepast?

ja nee

Zo ja, welke aanpassingen zijn uitgevoerd? _____

Toelichting:



Gegevens en ondertekening aanvrager

Naam aanvragend arts: _____ AGB-code: _____

Datum: _____ Telefoonnummer: _____

Handtekening: _____



Dit formulier kunt u sturen naar mbz@pzp.nl of per post: **PZP, afdeling Medische beoordelingen PZP, Postbus 4322, 5004 JH Tilburg.** Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling Medische beoordelingen PZP, telefoonnummer **(013) 594 97 27.**