



DATUM: \_\_\_\_\_ ISO 9001:2015

**AANVRAAG VOOR VERSTREKKING VAN INTERMITTEREND PNEUMATISCHE COMPRESSIETHERAPIE**

NAAM PATIËNT: _____	M / V* _____	SPECIALIST: _____
GEBOORTEDATUM: _____		VAKGEBIED: _____
ADRES: _____		STEMPEL EN PARAAF SPECIALIST
POSTCODE: _____		
PLAATS: _____		
TELEFOONNR. PATIËNT: _____		
VERZEKERD BIJ: _____		
POLISNUMMER: _____		
BSN NUMMER: _____		
E-MAIL PATIËNT: _____		

**GEGEVENS VAN DE AANVRAAG/ INDICATIE PATIËNT**

INDICATIE	AANGEDANE DEEL/ DELEN	DOORLOPEND ONDER BEHANDELING
<input type="checkbox"/> PRIM. LYMFOEDEEM	<input type="checkbox"/> BEEN, LINKS / RECHTS *	<input type="checkbox"/> JA
<input type="checkbox"/> SEC. LYMFOEDEEM	<input type="checkbox"/> ARM, LINKS / RECHTS *	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> ULCUS CRURIS VENOSUM	Nodig: Armmanchet/Beenmanchet(ten) /Broekmanchet*	
<input type="checkbox"/> LIPOEDEEM		
<input type="checkbox"/> OVERIG: _____		

**BENODIGDE BEHANDELING**

EFFLEURAGE (DRUKGOLF VAN DISTAAL NAAR PROXIMAAL)

RESORPTIE (DRUKGOLF VAN DISTAAL NAAR PROXIMAAL WAARBIJ DRUK VASTGEHOUDEN WORDT)

FRAGMENTATIE (GEFRAGMENTEERDE EFFLEURAGE, START PROXIMAAL)

OPROEP (OPBOUWENDE DRUKGOLF VAN PROXIMAAL NAAR DISTAAL EN TERUG)

COMBINATIE VAN BOVENGENOEMDE PROGRAMMA'S

MAAT MANCHET(TEN)/BIJZONDERHEDEN: \_\_\_\_\_

OPMERKINGEN: \_\_\_\_\_

MLD Succesvol

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* OMCIRKEL VAN TOEPASSING IS

**E-MAIL: IPC@DOOVE.NL**

**TEL: 0182-624950**