



DATUM:

AANVRAAG VOOR VERSTREKING VAN INTERMITTEREND PNEUMATISCHE COMPRESSIETHERAPIE

NAAM PATIËNT: M / V*

SPECIALIST:

GEBOORTEDATUM:

VAKGEBIED:

ADRES:

POSTCODE:

PLAATS:

TELEFOONNR. PATIËNT:

VERZEKERD BIJ:

POLISNUMMER:

BSN NUMMER:

E-MAIL PATIËNT:

STEMPEL EN PARAAF SPECIALIST

GEGEVENS VAN DE AANVRAAG/ INDICATIE PATIËNT

INDICATIE

AANGEDANE DEEL/ DELEN

DOORLOPEND ONDER BEHANDELING

PRIMAIR LYMFOEDEEM

BEEN, LINKS / RECHTS *

JA

SECUNDAIR LYMFOEDEEM

ARM, LINKS / RECHTS *

NEE

Nodig: Armmanchet/Beenmanchet(ten) /Broekmanchet *

OORZAAK

CVI

POST TROMBOTISCH SYNDROOM

DESTRUCTIE LYMPHATISCH WEEFSEL

LYMFOEDEEM

ONCOLOGISCHE OORZAAK

DVT

TRAUMA

ANDERS, _____

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

MANCHET(TEN)/BIJZONDERHEDEN:

Opmerkingen

MLD Succesvol

* OMCIRKEL VAN TOEPASSING IS

E-MAIL: IPC@DOOVE.NL

TEL: 0182-624950