

Aanvraagformulier

verband schoenen



Wondzorg Arnhem e.o.

Voorletter(s) + Achternaam De heer / mevrouw

Straatnaam + Huisnummer

Postcode + Woonplaats

Telefoonnummer E-mail

Geboortedatum/...../..... BSN

Zorgverzekeraar Polisnummer

Naam voorschrijver..... AGB code

Handtekening + Stempel arts

Datum/...../.....

Aanvraag hulpmiddel: (aankruisen en/of invullen wat van toepassing is)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Stuks | <input type="checkbox"/> Links |
| <input type="checkbox"/> Paar | <input type="checkbox"/> Rechts |
| | <input type="checkbox"/> Beiderzijds |

Medische indicatie: (aankruisen wat van toepassing is)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ernstige huiddefecten aan de voet | <input type="checkbox"/> Circulatie stoornissen aan de voet |
| <input type="checkbox"/> Huidulcera aan de voet | <input type="checkbox"/> Herstelperiode na partiële amputaties |
| <input type="checkbox"/> Sensibiliteit stoornissen aan de voet | <input type="checkbox"/> Herstelperiode na traumatische beschadiging |

Primair ziektebeeld/lieden: (aankruisen wat van toepassing is)

- Diabetes
- Amputatie
- Arterieel vaatlijden
- Ernstig trauma
- Anders

U kunt ook **digitaal**
verwijzen via ZorgDomein!