



Aanvraagformulier verlenging oedeemtherapie

(in te vullen door zorgverlener)

Wij beoordelen of uw behandeling voldoet aan de richtlijn lymfoedeem (herziening 2023) en als wordt afgeweken lezen wij graag een toelichting. Per item staat aangegeven welke informatie minimaal nodig is voor een beoordeling. Onvolledige aanvragen nemen wij niet in behandeling.

Gegevens verzekerde

Geslacht: Man Vrouw

Voorletters en achternaam: _____

Straat en huisnummer: _____

Postcode en woonplaats: _____

Geboortedatum: __ __ - __ __ - __ __ __ __

Polisnummer: _____ BSN (voor zorgaanbieders): _____

Gegevens behandeling

Soort (lymf)oedeem: primair lymfoedeem secundair lymfoedeem

Vermeld de oorzaak van het secundair lymfoedeem (indeling volgens meest recente richtlijn):

trauma en weefselschade

maligniteiten en geassocieerde behandelingen

veneuze pathologie

infectie

inflammatoire processen

endocriene aandoeningen

overig

Specificatie oorzaak en eventuele toelichting:

Startdatum behandeling: __ __ - __ __ - __ __ __ __

Diagnoscode: __ __ __ __

Behandelplan

Vul in of stuur mee als bijlage. Let op: beantwoord ook dan alle vragen.

1. Behandeldoelen (SMART)

Verleden	Toekomst

2. Toe nu uitgevoerde behandelingen (welke interventies, hoe vaak, met welk doel?) en het verloop tot nu toe.

3. Heeft u de behandelingen proberen af te bouwen? Ja Nee

Wat was het resultaat/ welke reactie trad op? Of geef aan waarom geen afbouw mogelijk was?

4. BMI _____

Weet u geen BMI? Vul dan in: gewicht _____ kg en lengte _____ meter.

Bij BMI vanaf 25 (overgewicht of obesitas): Is een verwijzing naar diëtist, huisarts of leefstijlcoach besproken? Ja Nee

5. Meetgegevens: omvangmaten, bij voorkeur lymfscanner waardes (voeg bijlage toe of vul minimaal meetgegevens in van start behandeling, eind initiële fase en heden):

Datum meting	Lokalisatie	Links (indien van toepassing)	Rechts (indien van toepassing)

6. Toelichting op oorzaken toename oedeem:

7. Toelichting belasting (bijvoorbeeld beroep, ADL, mantelzorg):

8. Wordt er compressie ingezet? Ja Nee

Geef hieronder aan welke compressie dit betreft (bijvoorbeeld zwachtels, TEK, compressiehemd of pads) of waarom er geen compressie is/wordt ingezet. Vermeld bij TEK lengte en drukklasse.

9. Toekomstige behandelinterventies? Vermeld als er sprake is van onderhoudstherapie de te verwachten behandelfrequentie.

Gegevens behandelaar:

Fysiotherapeut Huidtherapeut

Naam praktijk: _____

Naam zorgverlener: _____

AGB code praktijk: _____

AGB zorgverlener*: _____

E-mailadres zorgverlener:

**indien van toepassing bij specialisatie*

Waar stuurt u deze aanvraag naar toe?

Per post

Aevitae

T.a.v. Team Medical

Postbus 2705

6401 DE Heerlen

Digitaal

[Contactformulier](#)