

AANVRAAGFORMULIER VERPLEEGKUNDIGE VERZORGINGEN

Naam patiënt: _____

Klever mutualiteit

TYPE VERZORGING:

Wondzorg:	Omschrijving wonde
<input type="checkbox"/> droog aseptisch verband	<input type="checkbox"/> enkelvoudig <input type="checkbox"/> meervoudig
<input type="checkbox"/> hechtingen/haakjes verwijderen	op
<input type="checkbox"/> wonde met drain met/zonder aspiratie	
<input type="checkbox"/> wonde met wick	
<input type="checkbox"/> wonde met stift of uitwendige fixateur	
<input type="checkbox"/> brandwonden – 2 ^e / 3 ^e graads	<input type="checkbox"/> <60cm ² <input type="checkbox"/> >60cm ²
<input type="checkbox"/> ulcus – ulcra	<input type="checkbox"/> <60cm ² <input type="checkbox"/> >60cm ²
<input type="checkbox"/> doorligwonden	<input type="checkbox"/> <60cm ² <input type="checkbox"/> >60cm ²
<input type="checkbox"/> doorligwonden met aantasting van bot en/of pezen	
<input type="checkbox"/> doorligwonden debrideren	

<input type="checkbox"/> Stomazorg	<input type="checkbox"/> colostomie	<input type="checkbox"/> ileostomie	<input type="checkbox"/> gastrostomie	<input type="checkbox"/> tracheostomie
	<input type="checkbox"/> uretrostomie	<input type="checkbox"/> nefrostomie	<input type="checkbox"/> cystostomie	
<input type="checkbox"/> Zalf of geneeskrachtig product aanbrengen	<input type="checkbox"/> zona	<input type="checkbox"/> psoriasis	<input type="checkbox"/> eczeem	
	<input type="checkbox"/> wratten	<input type="checkbox"/> huidletsel	<input type="checkbox"/> dermatomycoses	
Compressietherapie: Aandoen/Uitdoen van	<input type="checkbox"/> steunkousen	<input type="checkbox"/> compressieverbanden		
	<input type="checkbox"/> bandage(s)			
Inspuitingen:	<input type="checkbox"/> insuline	<input type="checkbox"/> SC		
	<input type="checkbox"/> IM			
Blaaszorg:	<input type="checkbox"/> sondage	<input type="checkbox"/> spoeling	<input type="checkbox"/> instillatie	
<input type="checkbox"/> Plaatsen suprapubische sonde				
<input type="checkbox"/> Gastro-intestinale zorg	<input type="checkbox"/> lavement	<input type="checkbox"/> PEG-sonde		
	<input type="checkbox"/> sondevoeding	<input type="checkbox"/> maagsonde	<input type="checkbox"/> faecalomen verwijderen	
<input type="checkbox"/> Specifiek verpleegtechnische verstrekkingen (met omstandig medisch verslag en diagnose)				
	<input type="checkbox"/> IV perfusie	<input type="checkbox"/> SC perfusie	<input type="checkbox"/> parenterale voeding	<input type="checkbox"/> epidurale analgesie
	Met localisatie, product, debiet, hoeveelheid per 24u			
.....				
<input type="checkbox"/> Port- à- cath	<input type="checkbox"/> aanprikken	<input type="checkbox"/> verwijderen naald	<input type="checkbox"/> hepariniseren	
<input type="checkbox"/> Oogdruppels en/of oogzalf	Na een oogheelkundige ingreep (max. 28 dagen na ingreep)			
	Datum operatie			
<input type="checkbox"/> Medicatietoediening bij:	<input type="checkbox"/> bipolaire stoornis			
	<input type="checkbox"/> chronische psychiatrische stoornis			
<input type="checkbox"/> Wekelijkse voorbereiding van geneesmiddelen per os (+ bijlage 81 invullen)				

Frequentie van per dag/week/maand

• Gedurende dagen/weken/maanden