

## Bijlage 4

### (Her)Indicatieformulier AD behorende bij Overeenkomst hulpmiddelen bij decubitusbehandeling 01-01-2019 tot en met 31-12-2019

#### 4a. Indicatieformulier AD voorziening

Indicatiestelling	
Naam indicierend verpleegkundige:	
Datum indicering:	
Verzekerde gegevens	
Naam (inclusief voorletter):	
Postcode & Adres:	
Geboortedatum:	
Telefoonnummer	
Polisnummer:	
Voorschrift / Voorschrijver	
Naam voorschrijver: <i>Minimaal BIG geregistreeerde verpleegkundige of behandelend arts.</i>	
Telefoonnummer:	
Datum voorschrift:	

#### Indicatiestelling

*Indicatiestelling bij het leveren van de eerste voorziening*

Toetsing aanspraak vanuit de Regeling zorgverzekering	
Heeft verzekerde een CIZ indicatie? <i>Indien ja: welke indicatie?</i>	
Is er sprake van een PGB? Is er sprake van VPT of MPT?	

Functiebeperking en behoefte																							
Diagnose <i>Zie voorschrift voorschrijver</i>																							
CBO scorelijst	<table> <tr><td>Mentale toestand</td><td>0</td></tr> <tr><td>Neurologie</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mobiliteit</td><td>0</td></tr> <tr><td>Voedingstoestand</td><td>0</td></tr> <tr><td>Voeding</td><td>0</td></tr> <tr><td>Incontinentie</td><td>0</td></tr> <tr><td>Leeftijd</td><td>0</td></tr> <tr><td>Temperatuur</td><td>0</td></tr> <tr><td>Medicatie</td><td>0</td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td>0</td></tr> <tr><td><b>Totaal</b></td><td><b>0</b></td></tr> </table>	Mentale toestand	0	Neurologie	0	Mobiliteit	0	Voedingstoestand	0	Voeding	0	Incontinentie	0	Leeftijd	0	Temperatuur	0	Medicatie	0	Diabetes	0	<b>Totaal</b>	<b>0</b>
Mentale toestand	0																						
Neurologie	0																						
Mobiliteit	0																						
Voedingstoestand	0																						
Voeding	0																						
Incontinentie	0																						
Leeftijd	0																						
Temperatuur	0																						
Medicatie	0																						
Diabetes	0																						
<b>Totaal</b>	<b>0</b>																						
Indicatie																							
Bestaat er een indicatie vanuit de Regeling zorgverzekering?																							
Indien ja, benoem het pakket van eisen:	Type matras: Reden: Matrasbreedte: Matraslengte: Bijzonderheden:																						

## Bijlage 4

### (Her)indicatieformulier AD behorende bij Overeenkomst hulpmiddelen bij decubitusbehandeling 01-01-2019 tot en met 31-12-2019

#### 4b. Herindicatiestelling

*Herindicatiestelling bij het evalueren van de eerder verstrekte voorziening*

Vervolg indicatiestelling	
Naam indicierend verpleegkundige:	
Datum indicering:	
Type indicatie:	<input type="checkbox"/> Huisbezoek <input type="checkbox"/> Telefonische indicatie  Reden afwijking van huisbezoek:
Toetsing rechtmatigheid van de verstrekking	
Is er op dit moment sprake van decubitus? <i>Indien Ja, welke graad: Locatie:</i>	
Is er sprake van decubitus verzorging? <i>Waaruit bestaat deze zorg? Wat is het doel van deze zorg?</i>	
Wat is de voorkeurshouding in bed?	
Wordt er wisselgigging toegepast? <i>Hoe vaak?</i>	
CBO scorelijst	Mentale toestand      0 Neurologie                0 Mobiliteit                 0

	Voedingstoestand      0 Voeding                    0 Incontinentie            0 Leeftijd                    0 Temperatuur              0 Medicatie                 0 Diabetes                    0 <b>Totaal                      0</b>
<b>Besluit rechtmatigheid</b>	
Bestaat er voor de eerder geleverde voorziening nog steeds een indicatie?	
Is het eerder geleverde middel nog steeds de meest adequate en meest doelmatige voorziening? <i>Indien nee: welk AD matras is adequaat voor de verzekerde?</i>	Type matras: Reden: Matrasbreedte: Matraslengte: Bijzonderheden: