

**R / Compressie Thoraxbandage®****Indicatie:** Chronisch Lymfoedeem

Compressie hulpmiddel ten behoeve van langdurig functieverlies bloed- en/of lymfevaten

Thorax/Borst  Oksel/Flank  Abdomen  Rug/schouderbladen  R  L **Verwachte behandelduur: Onbepaalde tijd**Chronisch Lymfoedeem bij u bekend ja  nee Behandeladvies: Dit compressie hulpmiddel dient voor dagelijks gebruik/onbepaalde tijd  
(in te vullen door apotheek)

| Artikelnr. | Omschrijving Artikel                                    | Aantal | Z-indexnr. |
|------------|---|--------|------------|
| EMD 701121 | Lymphcomfort compressie thoraxbandage M zwart /rits     |        | 16319052   |
| EMD 700121 | Lymphcomfort compressie thoraxbandage M zwart h/o       |        | 16319060   |
| EMD 701021 | Lymphcomfort compressie thoraxbandage M wit /rits       |        | 16319079   |
| EMD 700021 | Lymphcomfort compressie thoraxbandage M wit h/o         |        | 16319087   |
| EMD 700122 | Lymphcomfort compressie thoraxbandage L zwart h/o       |        | 16319095   |
| EMD 700022 | Lymphcomfort compressie thoraxbandage L wit h/o         |        | 16319109   |
| -----      | Lymphcomfort compressie thoraxbandage zwart zonder cups |        | 16535936   |
| -----      | Lymphcomfort compressie thoraxbandage wit zonder cups   |        | 16535901   |

**Aanvraagdatum: (in te vullen door de arts)****Leverdatum: (in te vullen door de apotheek)**Verplicht een stempel met:  
Naam arts, specialisme, adres praktijk/ziekenhuis

Handtekening arts:

Naam en voorletter(s):

Geboortedatum:

Adres:

Zorgverzekeraar:

Postcode:

Polisnr:

Woonplaats

BSN nr:

Geleverd door:  
"stempel apotheek"**Lymphcomfort**  
www.lymphcomfort.nl  
info@lymphcomfort.nl

## Receptformulier

## Verbandmiddelen

|               |                        |       |
|---------------|------------------------|-------|
| Datum recept: | Naam Patiënt:          | M / v |
| Praktijk:     | Geboortedatum:         |       |
| Naam:         | Adres:                 |       |
|               | Postcode + woonplaats: |       |

Indien indicatie met wond/litteken dienen onderstaande vragen beantwoord te worden:

Is de beoordeling van de wond/litteken gedaan door de arts of verpleegkundig specialist?

Ja  Nee

Is er sprake van een ernstige aandoening waarbij arts of verpleegkundig specialist behandelaar blijft?

Ja  Nee

Is er sprake van chronische wond- of littekenbehandeling met een behandelduur van langer dan 14 tot 21 dagen?

Ja  Nee

|   |  |   |
|---|--|---|
| Tel. Contactpersoon:  | BSN:   |   |
|   | Zorgverzekeraar + polisnr:   |   |
| Mail de volledig ingevulde en ondertekende formulieren naar: <a href="mailto:info@lymphcomfort.nl">info@lymphcomfort.nl</a>   | Naam behandelend arts:   |   |
|   | Specialisme:   |   |
|   | Plaats:  |   |
| Toelichting arts:   | AGB code:  |   |
|   | Handtekening arts:   | Stempel:  |
| <b>Indicatie:</b>   | <b>Verstrekking:</b>   | <b>Locatie:</b>   |
| Compressie hulpmiddel ter compensatie van langdurig functieverlies bloed- en/of lymfevaten<br><br><input type="checkbox"/> Primair Lymfoedeem<br><input type="checkbox"/> Secundair Lymfoedeem<br><input type="checkbox"/> Venous oedeem (CVI)<br><input type="checkbox"/> Lipoedeem<br><input type="checkbox"/> Anders,nl; | <input type="checkbox"/> Eerste verstrekking<br><input type="checkbox"/> Vervolg verstrekking  | <input type="checkbox"/> Arm<br><input type="checkbox"/> Been<br><input type="checkbox"/> Borst / Thorax<br><input type="checkbox"/> Oksel / flank<br><input type="checkbox"/> Rug<br><input type="checkbox"/> Abdomen<br><input type="checkbox"/> links<br><input type="checkbox"/> Rechts<br><input type="checkbox"/> Beiderzijds |
| Behandelduur: <input type="checkbox"/> (> 3 weken) <input type="checkbox"/> chronisch   | Gebruiksadvies:<br><input type="checkbox"/> Dagelijks<br><input type="checkbox"/> Dag en nacht te gebruiken<br><input type="checkbox"/> Te gebruiken op geleide van klachten<br><input type="checkbox"/> Anders, nl: |   |