

AANVRAAGFORMULIER **PERFECT FIT:**

AANTREKHULPMIDDEL VOOR HET ZELFSTANDIG
AANTREKKEN VAN EEN ARMKOUS



- maat S cG <32 cm
- maat M cG 32-38 cm
- maat L cG 39-44 cm
- maat XL cG 44-48 cm



Datum: _____

Leverancier: _____
Adres: _____
Tel: _____
Email: _____

Patiëntgegevens

Naam en stempel verwijzer

Voor akkoord cliënt

Hr. /Mw.
Geb:
Adres:

Zorgverzekering

Polisnummer

Handtekening

Handtekening

Medische indicatie: _____

- Verzekerde heeft onvoldoende kracht in vingers / handen / armen om zonder PERFECT FIT de therapeutische elastische armkous(en) aan te trekken? ja **NEE**, want
- Woont de verzekerde samen met een partner die kan helpen met aantrekken van de armkous(en)?
 ja **NEE**, waarom niet:
- Kan met dit hulpmiddel thuiszorg vervangen / voorkomen worden? **JA** nee
- Kan de verzekerde na instructie dit hulpmiddel adequaat gebruiken? **JA** nee
- Is dit hulpmiddel voor de verzekerde het meest doelmatig? **JA** nee
- Is dit hulpmiddel uitgetest en adequaat bevonden? **JA** nee

**Dit hulpmiddel is medisch noodzakelijk bevonden door de (huis)arts.
Patiënt kan hiermee zelfredzaam zijn en is niet (meer) afhankelijk van andere zorg.**