# Landelijk aanvraagformulier Continentie Hulpmiddelen

| Gegevens van de cliënt | | | | Gegevens van de aanvrager |
|---|---|---|---|---|
| ○ M ○ V | | | | |
| Achternaam | | Initialen | | Naam |
| Straat | | Huisnr. | | Functie |
| Plaats | | Postcd. | | Contact |
| BSN | | Geb.dat. | | |
| Verzekeraar | | Polisnr. | | |
| E-mail | | Tel. | | |
| Contact persoon | | Tolk | ○ ja ○ nee | |

**Medische gegevens (alleen in relatie tot de aanvraag)**

| Urine incontinentie | Blaasretentie /residu | Defecatie | Stricturen | Overig |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Stress | ☐ Retentie | ☐ Obstipatie | ☐ Stricturen | ☐ Overig |
| ☐ Urge | ☐ Residu | ☐ Incontentie | | |
| ☐ Functioneel | | ☐ Soiling | | |
| ☐ Totaal | | | | |

**Indicatie gesteld door:** (alleen van toepassing als aanvrager niet de voorschrijver is)

Naam Functie Datum

**Probleemstelling, Etiologie, Symptomen**

**Probleemstelling** (zoals de patiënt deze omschrijft)

**Etiologie**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Aangeboren afwijking | ☐ Bekkenbodem problematiek | ☐ Bestraling / Chemo |
| ☐ Blaasproblemen | ☐ Darmziekten | ☐ Neurogene blaas |
| ☐ Neurogene darm | ☐ Nierfalen | ☐ Operatieve ingreep |
| ☐ Prostaatproblemen | ☐ Psychische oorzaak | ☐ Urineweginfecties |
| ☐ In onderzoek | ☐ Onbekend | ☐ Overig |

**Symptomen** (zoals de patiënt deze omschrijft)

**Maximaal urineverlies per 24 uur**

| | | |
|---|---|---|
| ○ minder dan 100 cc | ○ tussen 300 cc en 900 cc | ○ tussen 900 cc en 1500 cc |
| ○ tussen 1500 cc en 2000 cc | ○ meer dan 2000 cc | ○ n.v.t./onbekend |

**Functioneringsgerichte overwegingen *** (zie bijlage)

| | |
|---|---|
| Kenmerken | |
| Activiteiten | |
| Afhankelijkheden | |
| Externe factoren | |
| Overige | |

**Productadvies **** (zie bijlage)

Datum: Handtekening:

VERSIE 1.0 27-11-2020

# Landelijk aanvraagformulier Continentie Hulpmiddelen

**Bijlage: invulinstructie voor landelijk aanvraagformulier continentiehulpmiddelen**

*** Toelichting bij functioneringsgerichte overwegingen**

1. Kenmerken van de patiënt.
    a. Heeft de patiënt een lichamelijke beperking
    b. Heeft de patiënt een cognitieve beperking
    c. Op wat voor manier maakt de patiënt transfers
    d. Hoe is de rompstabiliteit van de patiënt
    e. Gebruikt de patiënt een mobiliteitshulpmiddel
    f. Heeft de patiënt een beperkte handfunctie
    g. Hoe is het gezichtsvermogen van de patiënt

2. Activiteiten
    a. Hoe ziet het dag-nachtritme, 24 uurs ritme, van de patiënt er uit
        i. Actief/passief/matig of weinig actief/bedlegerig
    b. Verricht de patiënt werkzaamheden
    c. Onderneemt de patiënt maatschappelijke/sociale activiteiten

3. Afhankelijkheid
    a. Kan de patiënt zelfstandig het toilet bereiken
    b. Hoe wordt het materiaal verwisselt
        i. Door patiënt/met hulp/door verzorging
    c. Heeft de patiënt verzorging nodig
        i. Mantelzorg/partner/thuiszorg/etc

4. Externe factoren
    a. Heeft de patiënt allergieën

5. Overigen
    a. Zijn er aanvullende factoren belangrijk voor de oplossingsrichting

**** Toelichting bij productadvies**

Bij het productadvies kunt u aangeven aan welke producteigenschappen het hulpmiddel moet voldoen. Denkt u daar bij aan:

- Soort hulpmiddel (absorberend materiaal, afvoerend materiaal, irrigeren)
- Benodigde aanverwante artikelen
- Type materiaal (bijvoorbeeld type katheter)
- Frequentie van wisseling
- Maatvoering
- Motivatie als een specifiek merk geadviseerd wordt