**Aanvraagformulier Complexe Wondzorg VT**

**(mail dit formulier naar:** **verpleegkundigetopzorg@umcg.nl** **)**

Datum: ………………………

**Persoonsgegevens patiënt**

Naam: ……………………………………………….…...[ ] patiënt reeds in zorg/ [ ] nieuwe patiënt

Geboortedatum: …………………………………………. BSN: . ………………….……….. [ ] M/[ ] V

Adres + postcode: …………………………………………………….…..

Woonplaats: ………………………………………………………………………..

Telefoonnummer: ………………………………………………..………..

Naam en tel. contactpersoon (indien van toepassing): …………………………………………..…..

Zorgverzekeraar: ………………………………………………………….. NR:…………………….………..

**Aanvragend arts/verpleegkundige**

Naam: …………………………………….……….. Tel: …………………………………

Adres: ………………………………………………………………………………….

Instelling: ……………………………………………………………………….………..

e-mail: ……………………………………………………………………….……..

Bereikbaar op: [ ] ma/[ ] di/[ ] wo/[ ] do/[ ] vrij [ ] datum: …………………………………..
tussen: ………….. - ………….. uur

**Reden van verwijzing:**

………………………………………………………………………………………………………………………

**Huidig wondbeleid**

Startdatum: …………………………….

Wond- /huidverzorging:

[ ]  Zalven niet intacte huid [ ]  Negatieve Druktherapie

[ ]  Lokaal verbinden en verzorgen van wonden [ ]  anders nl., ………………………….

[ ]  Ambulante Compressie therapie 1 been/ 2 benen

Geadviseerde wond-/huidverzorgingsmaterialen en verbandmiddelen: ………………………………………………………………………………………………………………………

Frequentie verbandwissel: …………..keer /dag ………….. keer / week

Bijzonderheden: …………………………………………………………………………………………………

**Type wond**

[ ]  Brandwond, graad ………… [ ]  Oncologische wond

[ ]  Chirurgische wond [ ]  Wond tgv radiotherapie

[ ]  Decubitus, categorie ………… [ ]  Ulcus cruris:

[ ]  Incontinentie letsel [ ]  arterieel

[ ]  Diabetische voet [ ]  veneus

[ ]  Traumatische wond [ ]  gecombineerd

[ ]  Overig …………... [ ]  enkel/arm index

**Overige informatie:**

Wanneer is de wond ontstaan? Datum: ……………

Betreft het een recidief? [ ] Ja/[ ] nee

Allergieën

[ ]  Ja, nl ………………………………………………………………………………

[ ]  Nee

Onderliggend lijden

[ ]  Diabetes mellitus: insuline afhankelijk [ ] ja / [ ] nee [ ]  Roken

[ ]  Circulatie stoornissen [ ]  Oncologisch

[ ]  Reuma

[ ] Overig: …………..

Andere relevante informatie

[ ]  AD matras/kussen [ ]  Ambulante Compressie Therapie mbv zwachtels

[ ]  Aangepast schoeisel [ ]  Therapeutisch Elastische kousen

 klasse: [ ] II/[ ] III/[ ] IV

 [ ]  AD / [ ] AG/ [ ] anders nl; .……………………………….

[ ]  Medicatie:……………………………………………………………………………………………………

Andere informatie nl.: ………………………………………………………………………………………

Overige betrokken disciplines

[ ]  Diëtist [ ]  Wondverpleegkundige

[ ]  Podotherapeut [ ]  Revalidatiearts

[ ]  Huisarts, namelijk: …………………………………………………………........... tel: ...

[ ]  Specialist, namelijk: ………………………………………… tel: ..………………..…

[ ]  Thuiszorg (functionaris en organisatie), namelijk: ………………………………. …………………….

 tel: .……………………………….……..….

Belangrijk om thuiszorg gegevens goed in te vullen!!

[ ]  Overige: ………………………………………………………………………..............................................

Mail dit formulier naar: verpleegkundigetopzorg@umcg.nl