**Aanvraagformulier Complexe Wondzorg VT**

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