

## AANMELD / AANVRAAG MACHTIGINGSFORMULIER

Dit formulier dient volledig ingevuld en ondertekend te worden door de voorschrijver.

<b> Cliëntgegevens (s.v.p. volledig invullen)</b>	<input type="checkbox"/> AWBZ / <input type="checkbox"/> Zorgverzekeringswet
Naam + voorletters:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode + plaats:	
Afdeling en kamernummer:	
Telefoonnummer:	
BSN nummer:	
Zorgverzekeraar:	
Polisnummer:	
Huisarts:	

<b> Gegevens instelling / voorschrijver (ziekenhuis, thuiszorg, verzorgingshuis, apotheek, huisarts)</b>	
Naam instelling:	
Postcode + plaats:	
Contactpersoon:	Functie:
Telefoonnummer:	E-mailadres:

<b> Wat is de medische indicatie? </b>			
<input type="checkbox"/> Blaasproblemen: urineweginfectie	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> Prolaps: blaas
<input type="checkbox"/> Blaasproblemen: urineretentie	<input type="checkbox"/> Dwarslaesie	<input type="checkbox"/> Reuma	<input type="checkbox"/> Prolaps: baarmoeder
<input type="checkbox"/> Blaasproblemen: overig	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Obesitas	<input type="checkbox"/> Prolaps: rectum
<input type="checkbox"/> Gehandicapt lichamelijk	<input type="checkbox"/> Carcinoom	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Prostaatproblemen
<input type="checkbox"/> Gehandicapt verstandelijk	<input type="checkbox"/> CVA	<input type="checkbox"/> Spina Bifida	<input type="checkbox"/> Nierproblemen
<input type="checkbox"/> Gehandicapt meervoudig	<input type="checkbox"/> Dementie	<input type="checkbox"/> Crohn	<input type="checkbox"/> Bevalling

<b> Gegevens betreffende materiaal </b>	<input type="checkbox"/> incontinentie	<input type="checkbox"/> wond
Welk materiaal gebruikt u nu en hoeveel per 24 uur?		
.....		
.....		
.....		
.....		
Krijgt u hulp bij het aanbrengen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Wilt u deze materialen direct bestellen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> Wilt u deze materialen met de reguliere bestelling laten bezorgen? (datum):		

Naam voorschrijver:	Datum:
Adres:	Handtekening:
E-mailadres:	

Dit formulier opsturen naar Brocacef Zorglogistiek, antwoordnummer 2060, 3600 VB MAARSSSEN.  
 U kunt dit ook mailen naar [verzorgingshuis@brocacef.nl](mailto:verzorgingshuis@brocacef.nl) of faxen naar: 030 24 50 265

## INTAKEFORMULIER ABSORBEREND EN AFVOEREND MATERIAAL

Graag het formulier volledig beantwoorden, dan zullen wij uw aanvraag spoedig in behandeling nemen.

AWBZ /  Zorgverzekeringswet

Naam cliënt:

Geboortedatum:

### Met betrekking tot urineverlies

In welke situatie verliest u urine?

- n.v.t.  
 nadruppelen na het plassen  
 druk op de blaas (hoesten/niezen)  
 continu  
 sterke aandranggevoelens  
 combinatie hoesten/niezen en sterke aandranggevoelens

Verliest u overdag en/of 's nachts urine?

- overdag       nacht       beide

Voelt u aandrang voor het plassen?

- ja       nee

Kunt u altijd op tijd het toilet bereiken?

- ja       nee

Hoeveel urine verliest u?

- druppels       scheutjes       hele plas

Hoeveel liter drinkt u per dag?

- max 1,5 ltr       > 1,5 ltr       > 2,5 ltr

Gebruikt u medicatie die het plaspatroon beïnvloeden?

- ja       nee

Zo ja, welke? .....

### Met betrekking tot ontlastingverlies

Hoe vaak heeft u ongewild ontlastingverlies?

- n.v.t.  
 dagelijks       aantal keer per week  
 sporen       beetje       volledig  
 diarree       normaal       hard

Hoeveel ontlasting verliest u per keer?

Welke aard van ontlasting heeft u?

Gebruikt u medicatie die het ontlastingpatroon beïnvloeden?

- ja       nee

Zo ja, welke? .....

### Met betrekking tot afvoerend materiaal

Welke materialen gebruikt u nu?

- n.v.t.  
 condoomkatheter  
 verblijfskatheter  
 katheter voor eenmalig gebruik

Hoeveel stuks per 24 uur? .....

Heeft u een latexallergie?

- ja       nee

Wat voor katheter gebruikt u?

- latex (geel)       siliconen (doorzichtig)

Heeft u een suprapubiskatheter?

- ja       nee

Gebruikt u urineopvangzakken voor de dag?

- ja       nee

Zo ja, hoeveel stuks gebruikt u per week? .....

Gebruikt u urineopvangzakken voor de nacht?

- ja       nee

Zo ja, hoeveel stuks gebruikt u per week? .....

### Gebruikt u één van de volgende materialen zoals

- katheterinbrengset       katheterstopje       katheterventiel  
 penisklem       anaaltampon       wegwerp onderleggers \*  
 wasbare onderleggers\*

\* Onderleggers op indicatie: machtiging zorgverzekeraar noodzakelijk

Dit formulier opsturen naar Brocacef Zorglogistiek, antwoordnummer 2060, 3600 VB MAARSSEN.

U kunt dit ook mailen naar [verzorgingshuis@brocacef.nl](mailto:verzorgingshuis@brocacef.nl) of faxen naar: 030 24 50 265