

**AANVRAAGFORMULIER MACTHIGING**  
Antidecubituszitkussen  
(in te vullen door de behandelend arts)

Delta Lloyd Zorgverzekering NV

ONDERDEEL  
Zorgverzekeringen

1 GEGEVENS PATIËNT

Naam en voorletter(s)

Geboortedatum

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Relatienummer

man  vrouw

2 VERKLARING ARTS

a Verwacht u dat de patiënt het antidecubituszitkussen langer nodig heeft dan een half jaar

ja  nee

b Heeft de patiënt al een antidecubituszitkussen van thuiszorg in bruikleen

ja, afloopdatum uitleentermijn  nee

c Stadium decubitus  
(aankruisen wat van toepassing is)

geen  dreigende decubitus, reden:

niet wegdrukbaar roodheid of cyanose (stadium 1)

blaarvorming (stadium 2)

oppervlakkig (stadium 3)

diep (stadium 4)

d Locatie decubitus

e Welk soort antidecubituszitkussen is volgens u adequaat  
(in principe wordt er geen ander soort antidecubituszitkussen verstrekt, tenzij een afwijkende keuze voldoende wordt gemotiveerd)\*

Princess vezelkussen

Akros gel/foam kussen

ROHO luchtkussen hoog of laag profiel

f Is de patiënt incontinent

ja  nee

g Heeft de patiënt een open wond

ja  nee

h Heeft de patiënt het kussen uitsluitend nodig in de rolstoel

ja  nee

i Is er sprake van een medische indicatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval?

ja  nee

Naam behandelend arts

Datum

Stempel/handtekening

Het volledig ingevulde formulier kunt u sturen naar:  
Delta Lloyd Zorgverzekering NV  
t.a.v. Team machtigingen & verhaalszaken  
Postbus 29677, 2502 LR Den Haag  
onder vermelding van 'medisch geheim'

\* Uw motivatie kunt u nader toelichten op de achterzijde van dit formulier

