

Stomakftje

Voor de pluridisciplinaire opvolging van de patiënt en zijn stomahulpmiddelen

Stomakftje

Voor de pluridisciplinaire opvolging
van de patiënt en zijn stomahulpmiddelen

Belangrijk!

Bewaar dit stomakaftje goed en neem het steeds mee bij ieder contact met een zorgverlener (huisarts, apotheker-bandagist, bandagist, stomatherapeut, thuisverpleging, ...)

Dit kaftje dient bijgehouden te worden per stoma/fistel of per groep van dicht bijeen gelegen stoma's/fistels die met één en hetzelfde zakje/plaat/materiaal kan behandeld worden.

Voorwoord

Waarom een stomakaftje?

Dit stomakaftje heeft als doel u te helpen bij het beheer van uw stomamateriaal en is een essentieel communicatiemiddel tussen de verschillende zorgverstrekkers betrokken bij de verzorging van uw stoma en het beheer van uw stomamateriaal. Via dit kaftje zijn de zorgverstrekkers op de hoogte van de specifieke kenmerken van uw stoma en van de eventuele veranderingen die zich kunnen voordoen. Aan de hand van dit kaftje weet zowel u als uw (apotheker-)bandagist ook altijd exact op welke vergoedingen u nog recht heeft. Houd het dus zorgvuldig bij.

Hoe gebruik u het?

Het is belangrijk dat u uw stomakaftje steeds bij u heeft wanneer u in contact komt met een zorgverstrekker (arts, apotheker-bandagist, bandagist, stomatherapeut, thuisverpleegkundige, etc.) en ook tijdens een verblijf in het ziekenhuis. Als uw stomakaftje altijd volledig is ingevuld, draagt u bij tot het optimaal beheer van uw stomamateriaal en van uw vergoedingen. De zorgverlener zal bij elk bezoek de nodige informatie invullen en, indien van toepassing, de getuigschriften van aflevering van de producten die hij of zij aan u heeft afgeleverd, bijvoegen.

Administratieve gegevens van de patiënt en zijn zorgverleners:**Invullen in drukletters a.u.b.**

*: verplicht in te vullen

**: in te vullen indien gekend

PERSOONSgegevens *

Naam:

Voornaam:

INSZ:

Adres:

Nr.:

Post Nr.:

Postcode:

Plaats:

Telefoon:

Gsm:

E-mail:

INLICHTINGEN BETREFFENDE DE STOMA/FISTEL *

Datum ingreep .../.../.....

Spijverteringsstelsel Colostomie Ileostomie fistel ander stoma*Urinstelsel* Urostomie (Type:)) Cystostomie fistel ander stoma

Convexe of concave systemen

 Ja / Nee

Uitzonderlijke situatie

 Ja / Nee

Colonirrigatie:

 Mogelijk Niet Mogelijk Aangeleerd Niet aangeleerd**MATERIAALKEUZE BIJ ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS ***

Merk:

Type:

Referentienummer:

Merk:

Type:

Referentienummer:

Bijhorende producten: Pasta Poeder Gordel Andere:

Datum ontslag uit het ziekenhuis: .../.../.....

Datum eerste ambulante aflevering: .../.../.....

ZORGVERLENERS

Naam huisarts**:

tel.:

Naam ziekenhuis ingreep **:

tel.:

Adres ziekenhuis **:

Naam behandelend chirurg **:

tel.:

Naam behandelend internist **:

tel.:

Naam Bandagist/Apotheker-Bandagist*:

tel.:

Thuisverpleging **:

tel.:

Referentie stomaverpleegkundige **:

tel.:

De volgende pagina's dienen bijgehouden te worden per stoma/fistel of per groep van dicht bijeen gelegen stoma's/fistels die met één en hetzelfde zakje/plaat/materiaal kan behandeld worden.**In geval van een hospitalisatie dient dit ook vermeld te worden.**

Zorgadvies - Aanbevolen materiaal

Datum	Observaties	Aanbevolen materiaal

Stomakajtje

Voor de pluridisciplinaire opvolging van de patiënt en zijn stomahulpmiddelen

Voorschriften

Gelieve de voorschriften toe te voegen

Geldigheidsduur		Type (basis, convexe/concaaf, uitzonderlijke toestand)
Van	Tot*	

* indien van toepassing

Stomakaftje

Voor de pluridisciplinaire opvolging van de patiënt en zijn stomahulpmiddelen

Budget van de patiënt

Eerste trimester

Gelieve de getuigschriften van aflevering toe te voegen

Datum eerste ambul. aflevering .../.../.....

<i>Periode van de verzekeringstegemoetkoming</i>	
<i>Van</i>	<i>Tot</i>

<i>Mogelijke basis tegemoetkomingen</i>	<i>Bedrag van het max. budget: €.....</i>
O 655336	
O 655373	
O 655454	
O 655491	
O 655572	
O 655631	

n°	Datum van aflevering	Gebruikt budget	Overblijvend budget
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Contacten zonder aflevering	Datum
-----------------------------	-------

Periode van een eventuele nieuwe hospitalisatie

Van

Tot

Opmerkingen van andere zorgverleners:

Stomakaftje

Voor de pluridisciplinaire opvolging van de patiënt en zijn stomahulpmiddelen

Budget van de patiënt

Tweede trimester

Gelieve de getuigschriften van aflevering toe te voegen

<i>Periode van de verzekeringstegemoetkoming</i>	
<i>Van</i>	<i>Tot</i>

<i>Mogelijke basis tegemoetkomingen</i>	<i>Bedrag van het max. budget: €.....</i>
O 655351	
O 655432	
O 655476	
O 655550	
O 655594	
O 655653	
O 655675	
O 655896	
O 655911	
O 655933	
O 655955	
O 655970	

n°	Datum van aflevering	Gebruikt budget	Overblijvend budget
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		

Contacten zonder aflevering	Datum

Periode van een eventuele nieuwe hospitalisatie

Van

Tot

Opmerkingen van andere zorgverleners:

Stomakaftje

Voor de pluridisciplinaire opvolging van de patiënt en zijn stomahulpmiddelen

Budget van de patiënt

Derde trimester

Gelieve de getuigschriften van aflevering toe te voegen

Periode van de verzekeringstegemoetkoming	
Van	Tot

Mogelijke basis tegemoetkomingen	Bedrag van het max. budget:€.....
O 655351	
O 655432	
O 655476	
O 655550	
O 655594	
O 655653	
O 655675	
O 655896	
O 655911	
O 655933	
O 655955	
O 655970	

n°	Datum van aflevering	Gebruikt budget	Overblijvend budget
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Contacten zonder aflevering	Datum

Periode van een eventuele nieuwe hospitalisatie

Van

Tot

Opmerkingen van andere zorgverleners:

Stomakaftje

Voor de pluridisciplinaire opvolging van de patiënt en zijn stomahulpmiddelen

Budget van de patiënt

..... Trimester

Gelieve de getuigschriften van aflevering toe te voegen

Periode van de verzekeringstegemoetkoming	
Van	Tot

Mogelijke tegemoetkomingen	Bedrag van het max. budget:€.....
<input type="checkbox"/> 655351	
<input type="checkbox"/> 655432	
<input type="checkbox"/> 655476	
<input type="checkbox"/> 655550	
<input type="checkbox"/> 655594	
<input type="checkbox"/> 655653	
<input type="checkbox"/> 655675	
<input type="checkbox"/> 655896	
<input type="checkbox"/> 655911	
<input type="checkbox"/> 655933	
<input type="checkbox"/> 655955	
<input type="checkbox"/> 655970	

n°	Datum van aflevering	Gebruikt budget	Overblijvend-budget
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Contacten zonder aflevering	Datum

Periode van een eventuele nieuwe hospitalisatie

Van

Tot

Opmerkingen van andere zorgverleners:

Irrigatiemateriaal (indien van toepassing)

Gelieve de getuigschriften van aflevering toe te voegen

Datum van aflevering van de maximale specifieke verzekeringstegemoetkoming voor een manuele irrigatieset, per 6 maanden (656073

Datum van aflevering van de maximale specifieke verzekeringstegemoetkoming voor een colostoma-irrigatiepomp, per periode van 36

Deze tussenkomst is pas van toepassing na 6 maanden manuele irrigatie