Client:

Naam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb. datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BSN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefoonnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verzekeraar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Polisnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum

beoordeling: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Algemene beperkingen client:

[ ] Gebrek aan kracht [ ] Tere gewrichten [ ] Kwetsbaar bewegingsapparaat

[ ] Beperkte mobiliteit [ ] Kortademig [ ] Hartklachten

[ ] Anders. Namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beoordeling alternatieve (goedkopere) hulpmiddelen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beoordeelde alternatieven** | **Geschikt** | **Motivatie** |
| Handylegs, Handy Fix |  |  |
| Steve |  |  |
| Doff-n-Donner |  |  |
| Medibutler |  |  |
| Dress Buddy |  |  |
| Overige |  |  |

Met onderstaande hulpmiddelen is thuiszorg voor steunkoushulp **wel/niet** meer nodig

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Benodigde hulpmiddel** | **Nodig en effectief** | **Opmerkingen** |
| EZ-Steunkouspistool®aan | Ja / Nee / NVT |  |
| EZ-Steunkouspistool®uit | Ja / Nee / NVT |  |
| Overige |  |  |

Verklaring Ergotherapeut:

Praktijk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cliënt is zonder interventie voor het aantrekken van steunkousen afhankelijk van de inzet van thuiszorg. Cliënt wil bij voorkeur zelfstandig blijven.

Bij cliënt is een beoordeling van de doelmatigheid van steunkoushulpmiddelen gedaan. Naar mijn oordeel is de inzet van het EZ-Steunkouspistool® doelmatig en gerechtvaardigd omdat cliënt hiermee zelfstandig steunkousen kan **aan/uit** trekken en daarmee thuiszorg kan worden voorkomen. De inzet van andere, goedkopere hulpmiddelen is beoordeeld en niet doelmatig bevonden.

Het advies is om

[ ] Het EZ-Steunkouspistool®aan te verstrekken

[ ] Het EZ-Steunkouspistool®uit te verstrekken

Opmerkingen:

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_