

Stomakajtje

Voor de pluridisciplinaire opvolging van de patiënt en zijn stomahulpmiddelen

Stomakajtje

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 kftje 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 kftje 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 kftje weet zowel u als uw (apotheker-)bandagist ook altijd exact op welke vergoedingen u nog recht heeft. Houd het dus zorgvuldig bij.

Hoe gebruikt 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 / ... / | | | |
| <i>Spijsverteringsstelsel</i> | | <i>Urinstelsel</i> | |
| <input type="checkbox"/> Colostomie | | <input type="checkbox"/> Urostomie (Type: | |
| <input type="checkbox"/> Ileostomie | | <input type="checkbox"/> Cystostomie | |
| <input type="checkbox"/> fistel | | <input type="checkbox"/> fistel | |
| <input type="checkbox"/> ander stoma | | <input type="checkbox"/> ander stoma | |
| Convexe of concave systemen | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee | | |
| Uitzonderlijke situatie | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee | | |
| Colonirrigatie: | <input type="checkbox"/> Mogelijk | <input type="checkbox"/> Niet Mogelijk | <input type="checkbox"/> Aangeleerd |

| | | | |
|--|---------------------------------|---|--|
| MATERIAALKEUZE BIJ ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS * | | | |
| Merk: | | | |
| Type: | | | |
| Referentienummer: | | | |
| Merk: | | | |
| Type : | | | |
| Referentienummer: | | | |
| Bijhorende producten: <input type="checkbox"/> Pasta | <input type="checkbox"/> Poeder | <input type="checkbox"/> Gordel | <input type="checkbox"/> 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.

Stomakaftje

Voor de pluridisciplinaire opvolging van de patiënt en zijn stomahulpmiddelen

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

Stomakajtje

Voor de pluridisciplinaire opvolging van de patiënt en zijn stomahulpmiddelen

Budget van de patiënt

Eerste trimester

Gelieve de afleveringsattesten toe te voegen

Datum eerste ambul. aflevering / /

| Periode van de verzekeringstegemoetkoming | |
|---|-----|
| Van | Tot |
| | |

| Mogelijke basis tegemoetkomingen | Bedrag van het max. budget: €..... |
|----------------------------------|------------------------------------|
| O 655336 | |
| O 655373 | |
| O 655454 | |
| O 655491 | |
| O 655572 | |
| O 655631 | |

| n° | Afleveringsdatum | 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:

Stomakajtje

Voor de pluridisciplinaire opvolging van de patiënt en zijn stomahulpmiddelen

Budget van de patiënt

Tweede trimester

Gelieve de afleveringsattesten 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° | Afleveringsdatum | 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 afleveringsattesten 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° | Afleveringsdatum | 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 afleveringsattesten toe te voegen

| Periode van de verzekeringstegemoetkoming | |
|---|-----|
| Van | Tot |
| | |

| Mogelijke 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° | Afleveringsdatum | 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 afleveringsattest(en) toe te voegen (bijlage 13)

Afleveringsdatum van de maximale specifieke verzekeringsinterventie voor een manuele irrigatieset, per 6 maanden (656073)

Maximale specifieke interventiedata voor een colostoma-irrigatiepomp, per periode van 36 maanden (656095)

Deze tussenkomst is pas van toepassing na 6 maanden manuele irrigatie