**Bijlage 93**

**MEDISCH VOORSCHRIFT voor stomamateriaal (art. 27)**

***(in te vullen per stoma/fistel)***

**Identificatie van de rechthebbende (of klever ziekenfonds)**

Naam en voornaam rechthebbende: ………………………………………………………...

Adres: …………………………………………………………………………………………………….…..

Inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid : ..................-..............-……..

Naam ziekenfonds of nummer: ………………………………………………..

**DEEL I: In te vullen door de voorschrijvende arts**

**I.1. Medische motivatie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Stoma** | **Fistel** |
| □ Nieuw aangelegd stoma, datum operatie: …../……/………  □ Reeds bestaand stoma  □ Heringreep aan reeds bestaand stoma, datum operatie: ……/ ……/……  □ Aantal stoma’s: …… | □ Datum uitbreken van de fistel: ……/……/……….  □ Reeds bestaande fistel  □ Aantal fistels: |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Type stoma/fistel :** *(Gelieve slechts ééN vakje aan te kruisen)* | |
| ***Spijsverteringstelsel***  **□** colostomie  **□** ileostomie  **□** andere stoma [[1]](#footnote-1)  **□** fistel | ***Urinestelsel***  **□** urostomie  **□** cystostomie (o.a. suprapubische katheter)  **□** andere stomie (o.a. nefrostomie)  **□** fistel |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Irrigatiesystemen :***(in geval van stomie, indien van toepassing)* | |
| **□** Eerste manuele irrigatieset | **□** Eerste irrigatiepomp |

|  |
| --- |
| 1. **Convexe/concave huidsystemen:** |
| **Is het gebruik van convexe of concave huidsystemen medisch verantwoord?**  **□** Ja, de stoma is op huidniveau/ingetrokken/gelegen in een huidplooi  **□** Ja, een uitstulping van de huid (te wijten aan een hernia, littekenbreuk of obesitas) is aangewezen rond de stoma  **□** Nee  **Duur:** ............. maanden (max. 12 maanden voor een eerste keer of max. 36 maanden voor een hernieuwing) |

|  |
| --- |
| 1. **Uitzonderlijke situatie** |
| **Is de patiënt in een uitzonderlijke situatie?**  **□** Ja, omwille van uitzonderlijke problemen bij het klinisch beeld of de kenmerken van de stoma of fistel zoals aard, vorm en ligging.   * Beschrijving :***………………………………………………………………………………………………………………***   ***……………………………………………………………………………………………………………………………………***  **□** Ja, omwille van abnormale toename van de uitscheiding tgv gewijzigde consistentie, frequentie of volume.   * Beschrijving :***………………………………………………………………………………………………………………***   ***……………………………………………………………………………………………………………………………………***  **□** Ja, omwille van uitzonderlijke problemen bij de fysieke kenmerken of huidkarakteristieken van de stoma of de fistel zoals gevoeligheid, allergische aanleg en huidvochtigheid.   * Beschrijving :***………………………………………………………………………………………………………………***   ***……………………………………………………………………………………………………………………………………***  **□** Nee  **Duur:** ............. maanden (max. 12 maanden voor een eerste keer of max. 36 maanden voor een hernieuwing) |

**I.2. Identificatie voorschrijvend arts**

Naam en voornaam:

RIZIV-identificatienummer:

Datum: …./…../…………

Handtekening voorschrijvend arts:

**DEEL II: In te vullen door de erkende bandagist**

**II.1 Administratieve gegevens**

In geval van meerdere stoma’s/fistels: volgnummer van de toerusting ......./......

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

Indien van toepassing, startdatum van de tegemoetkoming voor convexe/concave huidsystemen: …../…../…..

Indien van toepassing, startdatum van de tegemoetkoming voor uitzonderlijke situatie: …../…../…..

**II.2 Identificatie erkende bandagist**

Naam en voornaam:

RIZIV-identificatienummer:

Datum: …./…../…………

Handtekening erkende bandagist:

1. *oesofagostomie, appendicostomie (malone), gastrostomie, jejunostomie, kortedarmsyndroom stoma, caecostomie.* [↑](#footnote-ref-1)