

Evaluatieformulier verstrekking beenprothese

Naam _____ Klantnr _____ M/V Adres _____ Postcode _____ Plaats _____ Geb dat _____ Telnr _____ Naam huisarts _____ Naam verwijzer _____	Arts: _____ Leverancier: _____ Datum: _____
--	---

Aard verstrekking

Type	<input type="checkbox"/> 1 ^{ste} Voorz. <input type="checkbox"/> Herhaalvoorziening	Niveau amputatie	<input type="checkbox"/> TF <input type="checkbox"/> KE <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/>	Zijde	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
------	---	------------------	---	-------	---

Evaluatie hulpvraag en uitkomst behandeling (voorschrijvend arts en instrumentmaker)

		Toelichting
Voldoet de prothese aan de hulpvraag / zorgvraag	Cijfer geven (VAS)	Helemaal niet _____ Helemaal wel _____ (0) _____ (10) Zo nee, toelichting:
Bij intake vastgestelde mobiliteits-klasse	K-level	
Evaluatie mobiliteits-klasse bij gebruik prothese	SIGAM-WAP	
Is de eindsituatie bereikt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Zo nee, graag toelichting: