

Aanvraag voor verstrekking van therapeutisch elastische kousen

Datum: _____ / _____ / _____

Naam patiënt: _____

Adres: _____

PC/Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Verzekerd bij: _____ Polisnummer: _____

Geboortedatum: _____ BSN nr.: _____

Diagnose

- | | |
|---|---|
| ☐ Oedeem (veneus/lymfe/lipo) | ☒ DVT (diep veneuze trombose) |
| ☐ Varices | ☐ CVI (chronisch veneuze insufficiëntie) |
| ☐ Anders, namelijk _____ | |

Klasse: 1* 2 3 4 * wordt niet vergoed

Bijzonderheden: Mediven 550 vlakbrei kous klasse 2/3 in 2 delen: AD (tot knie) + DG (bovenstuk)

Handtekening en stempel arts:

Kralendijkkade 3
2315 ZA Leiden
Fax 071-5132501
leiden@olmed.nl

Burg. Cortenstraat 4A01
6226 GV Maastricht
Fax 043-8200286
maastricht@olmed.nl

Marrewijklaan 14
3201 BH Spijkenisse
Fax 0181-621246
spijkenisse@olmed.nl

Badhuisstraat 38
4381 LT Vlissingen
Fax 0118-449538
vlissingen@olmed.nl