|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Naam patiënt |  |
| Postcode, huis nr. |  |
| Telefoon |  |
| Geboortedatum |  |

Naam Huisarts:………………………………………..Stempel gegevens:

**Kruis aan wat van toepassing is: Tabel 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **O** | 22000 | Behandeling medische indicatie reumapatient (reumatoïde artritis) |
| **O** | 22001 | Behandeling medische indicatie reumapatient (bechterew) |
| **O** | 22002 | Behandeling medische indicatie reumapatient (artrose) |
| **O** | 22003 | Behandeling medische indicatie reumapatient (fibromyalgie) |
| **O** | 22004 | Behandeling medische indicatie reumapatient (overige) |
| **O** | 22006 | Behandeling medische indicatie herseninfarct (CVA) |
| **O** | 22007 | Behandeling medische indicatie **overig (zie Tabel 2)** |
| **O** | 22013 | Jaarlijks gericht voetonderzoek bij zorgprofiel 1 |
| **O** | 22014 | DM Voetzorg vallende onder ZorgProfiel 0  *Laag risico – Geen verlies PS of aanwijzingen voor PAV* |
| **O** | 22015 | DM Voetzorg vallende onder ZorgProfiel 1  *Licht verhoogd risico - Verlies PS of aanwijzingen voor PAV zonder tekenen van lokaal verhoogde druk* |
| **O** |  | DM Voetzorg vallende onder SIMS 2, 3 met ZorgProfiel 2, 3 en 4  *Graag doorsturen naar de Podotherapeut Centrum v Voettherapie of RondOm* |

**Tabel 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **O** | Neurologische afwijkingen | Perifere neuropathie |
| **O** |  | HMSn |
| **O** |  | Voetheffersparese |
| **O** |  | Dwarslaesie |
| **O** |  | Sudeckse dystrofie/posttraumatische dystrofie |
| **O** | Vaatafwijkingen | Arteriosclerose obliterans |
| **O** |  | Chronische trombophlebitis |
| **O** |  | Tromboangitis obliterans (ziekte van Buerger) |
| **O** |  | Arteriële insufficiëntie |
| **O** | Standafwijkingen | Ernstige standafwijkingen (veel eelt en likdoornvorming) |
| **O** |  | Hamertenen |
| **O** | Overige | Keratoderma palmoplantaris |
| **O** |  | Tylotisch eczeem |
| **O** |  | Recidiverende erysipelas |
| **O** |  | Psoriasis nagels |
| **O** |  | Oncologie |

**Handtekening Huisarts/POH. …………………………………………Datum…………………..…**

Graag retourneren naar medischpedicurepamheemskerk@zorgmail.nl