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

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

**Kruis aan wat van toepassing is:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** | 22005 | Behandeling medische indicatie diabetespatient |
| **O** | 22006 | Behandeling medische indicatie herseninfarct (CVA) |
| **O** | 22007+ | Behandeling medische indicatie **overig** |
| **O** | 22013 | Jaarlijks gericht voetonderzoek bij zorgprofiel 1 |
| **O** | 22014\* | Voetzorg vallende onder zorgprofiel 0 |
| **O** | 22015\*\* | Voetzorg vallende onder zorgprofiel 1 |

\* Laag risico - Geen verlies PS of aanwijzingen voor PAV

\*\* Licht verhoogd risico - Verlies PS of aanwijzingen voor PAV zonder tekenen van lokaal verhoogde druk

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| + 22007 - Behandeling medische indicatie overig | | |
| **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 |

\*Zorg Profiel 2, 3 en 4 doorsturen naar de Podotherapeut

**Handtekening Huisarts/POH. …………………………………………Datum…………………..…**Graag retourneren naar Pedicure. // AGB: 96011675 Zorgmail adres: medischpedicurepamheemskerk@zorgmail.nl