People.Health.Care.

# 1.2.3.4. Aanvraag documentatie
## Intermitterende Pneumatische Compressietherapie (IPC) voor de Lympha Press®

### Toelichting

Om voor vergoeding in aanmerking te komen wil de zorgverzekeraar bij een aanvraag de volgende gegevens ontvangen:

1. Verwijzing/recept met naam, handtekening en stempel (huis)arts / (verpleegkundig) specialist voor IPC
2. Aanvraagformulier (IPC)
3. Toelichtingsformulier / Motivatiebrief (IPC)
4. Op basis van deze gegevens verzorgt Lohmann & Rauscher de offerte en stuurt het dossier door naar de betreffende zorgverzekeraar.

**Lohmann & Rauscher heeft overeenkomsten met onderstaande zorgverzekeraars:**

- CZ (CZdirect, Just, OHRA, Nationale Nederlanden)
- Menzis (Anderzorg, Hema, PMA)
- Zorg & Zekerheid (AZVZ)
- ONVZ (VvAA, PNOzorg)
- Eno (Salland, zorgdirect)
- DSW (inTwente, Stad Holland)
- ASR (De Amersfoortse, Ditzo)
- De Friesland

Is de patiënt ergens anders verzekerd dan kan Lohmann & Rauscher de aanvraag nog steeds verzorgen, maar wordt bij goedkeuring 75% vergoed. De patiënt zal zelf de resterende 25% betalen.

### Aanvraagwijze

Mail de ingevulde aanvraagdocumentatie met verwijzing/recept naar sales@varitex.nl

1

## Toevoegen bij deze aanvraag documentatie.
Verwijzing / recept met naam, handtekening en stempel (huis)arts / (verpleegkundig) specialist voor IPC

⚠ LET OP: Zorgverzekeraar CZ vereist een verwijzing van een specialist.
Een verwijzing van een huisarts volstaat niet en wordt afgewezen.

**Lohmann & Rauscher B.V.** · Antennestraat 86 B · 1322 AS Almere
T 088 104 65 64 · sales@varitex.nl

People.Health.Care.

# 2 Aanvraagformulier (IPC)

In te vullen door de behandelaar oedeem-/compressietherapie

## Behandelaar oedeem-/compressietherapie

Naam Praktijk / Instelling: .....

Naam Behandelaar: .....

Adres: .....

Postcode / Woonplaats: .....

## Patiëntgegevens

Naam Patiënt: .....

Geboortedatum: DD MM JJJJ

Adres: .....

Zorgverzekeraar: .....

Postcode / Woonplaats: .....

Polisnummer: .....

Telefoonnummer: .....

Burger Service Nummer: .....

## Indicatie

☐ Primair Lymfoedeem ☐ Lipoedeem ☐ Anders .....

☐ Secundair Lymfoedeem ☐ Ulcus Cruris Venosum

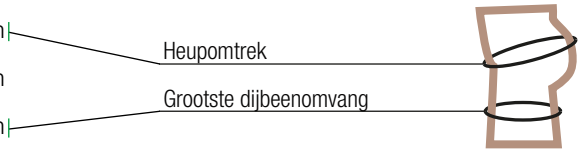
## Te behandelen lichaamsdelen

Onderste extremiteiten: ☐ Links ☐ Rechts ☐ Beide ☐ Plus bekken en/of buik regio

Omvang cH: _____ cm

Lengte IG: _____ cm

Omvang cG: _____ cm




Bovenste extremiteiten: ☐ Links ☐ Rechts ☐ Beide ☐ plus thoraxregio (borstomvang: _____ cm)

## Gewenste therapievorm

☐ Pretherapy + Lympha

☐ Pretherapy + Wave

☐ Lympha (van distaal naar proximaal aanhoudende druk)

☐ Wave (van distaal naar proximaal golfbeweging)

## Gewenste pomp voor thuissituatie

☐ Lympha Press® V2 Mini, therapievorm alleen Lympha

☐ Lympha Press® V2 Optimal (aanbevolen), met als therapievorm Lympha, Pretherapie / Wave

## Gewenste manchetten

☐ Beenmanchet:
☐ Links ☐ Rechts ☐ Beide

☐ Broekmanchet

☐ Arm/schoudermanchet
☐ Links ☐ Rechts ☐ Beide

☐ Comfy armmanchet
☐ Links (eenzijdig thorax plus arm links)
☐ Rechts (eenzijdig thorax plus arm rechts)

☐ Jasmanchet

People.Health.Care.

# 3 Toelichtingsformulier / Motivatiebrief (IPC)

In te vullen door de behandelaar oedeem-/compressietherapie

De patiënt heeft sinds: DD MM JJJJ de indicatie: *Vink uw keuzes aan.*

☐ Primair Lymfoedeem ☐ Lipoedeem ☐ Anders .....

☐ Secundair Lymfoedeem ☐ Ulcus Cruris Venosum

De patiënt is voorafgaand aan deze aanvraag voor Intermitterende Pneumatische Compressietherapie (IPC) met diverse compressietherapieën behandeld of is nog steeds onder behandelding door middel van: *Vink de diverse compressietherapieën behandeld aan.*

☐ Zwachtelen ☐ Nachtcompressie / Point pressure

☐ Therapeutische elastische kousen **Klasse:** ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Anders .....

☐ Manuele lymfedrainage (MLD)

☐ Niet-elastische verbanden of klittenbandsystemen

☐ Het oedeem is alleen stabiel te krijgen met IPC, minimaal 3 x per week.

☐ Het is aangetoond in de praktijk dat IPC bij patiënt werkt(e). Hierdoor is voortzetting van de therapie na thuisplaatsing IPC noodzakelijk voor een blijvend resultaat.

☐ Behandelfrequentie in de praktijk kan afnemen naar : _ à _ x per maand.
Naast de kostenbesparing zal de zelfredzaamheid van de patiënt toenemen.

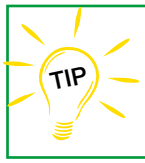
## Overige toelichting

## Contactgegevens behandelaar oedeem-/compressietherapie

Naam praktijk: .....

Emailadres: .....

Telefoonnummer: .....




**Voordat u het bestand naar sales@varitex.nl mailt kunt u het opslaan onder de naam van uw praktijk en patient. Zo kunt u het ook weer gemakkelijk terugvinden.**

4 Op basis van deze gegevens verzorgt Lohmann & Rauscher de offerte en stuurt het dossier door naar de betreffende zorgverzekeraar.