

**Bijlage 93****MEDISCH VOORSCHRIFT voor stomamateriaal (art. 27)****(in te vullen per stoma/fistel)****Identificatie van de rechthebbende (of klever ziekenfonds)**

Naam en voornaam rechthebbende: .....

Adres: .....

Inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid : .....-.....-.....

Naam ziekenfonds of nummer: .....

**DEEL I: In te vullen door de voorschrijvende arts****I.1. Medische motivatie**

| <b>Stoma</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Fistel</b>                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nieuw aangelegd stoma, datum operatie: ...../...../.....<br><input type="checkbox"/> Reeds bestaand stoma<br><input type="checkbox"/> Heringreep aan reeds bestaand stoma, datum operatie: ...../...../.....<br><input type="checkbox"/> Aantal stoma's: ..... | <input type="checkbox"/> Datum uitbreken van de fistel: ...../...../.....<br><input type="checkbox"/> Reeds bestaande fistel<br><input type="checkbox"/> Aantal fistels: ..... |

**a. Type stoma/fistel : (Gelieve slechts ÉÉN vakje aan te kruisen)****Spijsverteringstelsel**

- ☐ colostomie  
☐ ileostomie  
☐ andere stoma <sup>1</sup>  
☐ fistel

**Urinestelsel**

- ☐ urostomie  
☐ cystostomie (o.a. suprapubische katheter)  
☐ andere stomie (o.a. nefrostomie)  
☐ fistel

**b. Irrigatiesystemen : (in geval van stomie, indien van toepassing)**

- ☐ Eerste manuele irrigatieset      ☐ Eerste irrigatiepomp

**c. Convex/concave huidsystemen:****Is het gebruik van convexe of concave huidsystemen medisch verantwoord?**

- ☐ Ja, de stoma is op huidniveau/ingetrokken/gelegen in een huidplooi  
☐ Ja, een uitstulping van de huid (te wijten aan een hernia, littekenbreuk of obesitas) is aangewezen rond de stoma  
☐ Nee

**Duur:** ..... maanden (max. 12 maanden voor een eerste keer of max. 36 maanden voor een hernieuwing)

<sup>1</sup> oesofagostomie, appendicostomie (malone), gastrostomie, jejunostomie, kortedarmsyndroom stoma, caecostomie.

**d. Uitzonderlijke situatie****Is de patiënt in een uitzonderlijke situatie?**

☐ Ja, omwille van uitzonderlijke problemen bij het klinisch beeld of de kenmerken van de stoma of fistel zoals aard, vorm en ligging.

➔ Beschrijving :.....  
.....

☐ Ja, omwille van abnormale toename van de uitscheiding tgv gewijzigde consistentie, frequentie of volume.

➔ Beschrijving :.....  
.....

☐ Ja, omwille van uitzonderlijke problemen bij de fysieke kenmerken of huidkarakteristieken van de stoma of de fistel zoals gevoeligheid, allergische aanleg en huidvochtigheid.

➔ Beschrijving :.....  
.....

☐ Nee

**Duur:** ..... maanden (max. 12 maanden voor een eerste keer of max. 36 maanden voor een hernieuwing)

**I.2. Identificatie voorschrijvend arts**

Naam en voornaam:

RIZIV-identificatienummer:

Datum: .... / .... / .....

Handtekening voorschrijvend arts:

**DEEL II: In te vullen door de erkende bandagist****II.1 Administratieve gegevens**

In geval van meerdere stoma's/fistels: volgnummer van de toerusting ..... / .....

Datum van eerste ambulante aflevering: .... / .... / .....

Indien van toepassing, startdatum van de tegemoetkoming voor convexe/concave huidsystemen: .... / .... / .....

Indien van toepassing, startdatum van de tegemoetkoming voor uitzonderlijke situatie: .... / .... / .....

**II.2 Identificatie erkende bandagist**

Naam en voornaam:

RIZIV-identificatienummer:

Datum: .... / .... / .....

Handtekening erkende bandagist: