

# AANVRAAGFORMULIER

Algemene info

Naam formulier X05 – Implantatie kunststof, semipermanente vuller of autologe lipofilling

## START VRAGENLIJST

### 1. Hoe wordt het (contour)defect gecorrigeerd

- A Met een semi-permanente vuller (scupltra)
- B Met een autologe lipofilling
- C Anders

### 2. Is er sprake van (svp aanvinken)

- A Ernstige misvorming van de contour van het gelaat
- B Ernstige misvorming van de borst
- C Ernstige misvorming bij een defect in het hoofdhalsg gebied?
- D Fibrose (verlittekening) als gevolg van trauma, brandwonden, chirurgische ingrepen?
- E Overig, nl: <tekstveld>

### 3. Is er sprake van faciale lipoatrofie?

- A Graad 1: Milde en gelokaliseerde faciale lipoatrofie, het uiterlijk is bijna normaal.
- B Graad 2: Diepere en langere centrale wang atrofie met een beginnend zichtbaar worden van de faciale spieren (vooral de zygomaticus major).
- C Graad 3: Duidelijke faciale lipoatrofie, het atrofische deel is nog dieper en breder met duidelijk zichtbare spieren
- D Graad 4: De faciale atrofie omvat een groot gebied met uitbreiding tot de orbita. De faciale huid ligt direct op de spieren over een breed gebied. Duidelijke tekening van de spieren.
- E Overig, nl: <tekstveld>

### 4. Is er sprake van een volumedefect?

- A Ja hoeveel diameter is het defect en wat is de diepte van het defect (in cm)?
- B Nee

### 5. Waar ligt het volumedefect?

- A Functioneel gebied (decolleté)
- B Niet functioneel gebied

### 6. Zijn er complicaties of ernstige pijnklachten als gevolg van een tekort aan subcutane weefselbedekking na plaatsing van een prothese?

- A Ja, geeft u hier een toelichting <tekstveld>
- B Nee

### 7. Wanneer zijn de prothesen geplaatst?

<tekstveld>

**8. Is er sprake van 1 van onderstaande situaties?**

- A Parry-Romberg Syndroom
- B Locale (lineaire sclerodermie
- C Craniofaciale microsomie
- D Treacher Collins Syndroom
- E Enucleatie (als onderdeel van de orbitareconstructie na oogverwijdering)
- F Aangezichtsatrofie door verlamming
- G Nee

**9. Waarom is er geen andere mogelijkheid om het defect te corrigeren?**

Geeft u hier een toelichting <tekstveld>

**10. Wat is de relevante voorgeschiedenis, welke behandelingen hebben al plaats gevonden?**

Geeft u hier een toelichting <tekstveld>

**11. Bestaat het huidige litteken al 12 maanden of langer?**

- A Ja
- B Nee

**12. Hebben er conservatieve behandelingen plaatsgevonden?**

- A Ja toelichting en resultaat <verplicht tekstveld>
- B Nee toelichting locatie <verplicht tekstveld>

**13. Wat is de locatie van het litteken?**

- A Gelaat of handen
- B Andere locatie

**14. Is het litteken meer dan 2 cm breed en meer dan 10 cm lang?**

- A Ja
- B Nee

**15. Zijn er meer dan drie verbrede littekens op dezelfde locatie**

- A Ja
- B Nee

**16. Is het litteken opvallend van kleur en/of aspect?**

- A Ja
- B Nee

**17. Veroorzaakt het litteken**

- |  |
|--|
| <p><b>A</b> Een bewegingsbeperking</p> <p><b>B</b> Ernstige pijnklachten of andere klachten waarbij er een duidelijke relatie bestaat met het litteken?</p> <p><b>C</b> Geen van bovenstaande toelichting (verplicht veld)</p> |
|--|

<b>18. Geef een omschrijving van het litteken en vermeld:</b>
---

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Lengte x breedte in cm</li><li>- Kleur en aspect</li></ul> Toelichting eventuele klachten: <tekstveld> |
|--|

<b>19. Indien van toepassing, graag noodzakelijke bestanden uploaden</b>
--

<a href="#">Uploadfunctie</a>
-------------------------------

**EINDE VRAGENLIJST**