

AANVRAAGFORMULIER

Algemene info

Naam formulier

X13 – Mammareconstructie, augmentatie en/of protheseplaatsing

START VRAGENLIJST

1. Welke zijde betreft de ingreep? (Info tekst: Let op: indien u een aanvraag doet voor diagnose 224 en 225 dan voor beide borsten een aparte aanvraag indienen)

Keuzeveld

- A Linker borst
- B Rechter borst
- C Beiderzijds

2. Wat is de reden van de ingreep?

checkbox

- A Eerste reconstructie van de aangedane zijde na een mamma amputatie
- B Preventieve reconstructie ivm door DNA onderzoek aangetoond BRCA gen
- C Hernieuwde reconstructie na eerdere borstreconstructie
- D Protheseplaatsing aan de contralaterale zijde voor het verkrijgen van symmetrie na reconstructie van de geamputeerde borst
- E Protheseplaatsing in vervolg op het plaatsen van Tissue expander
- F Tepel(hof) reconstructie aangedane zijde chirurgisch
- G Tepelhofatouage
- H Aplasie of agenesis van de borst
- I Hypoplasie van de borst
- J Atrofiëring van de borst
- K Transseksualiteit
- L Anders

3. Geef een toelichting op de voorgeschiedenis/behandeling

< verplicht tekstveld >

4. Is de real life fase van de transgender behandeling succesvol doorlopen en vindt de gehele transgender behandeling plaats onder regie van een officieel transgender behandel team?

- A Ja
- B Nee

5. Is er een infra mammair plooi aanwezig?

- A Ja
- B Nee

6. Is de klierschijf middels echo aangetoond EN minder dan 1 cm? (INFO: Op basis van verslag van de echo moet gebleken zijn dat er sprake is van een klierschijf van minder dan 1 cm. Dit moet in het dossier zijn vastgelegd.)

A Ja
B Nee

7. Betreft het een eerste tepelhofatouage vanwege mamma-reconstructie na mamma-amputatie?

A Ja
B Nee

8. Geef een toelichting op de eerdere behandelingen m.b.t. de tepelhof die hebben plaatsgevonden en op welke datum dit is geweest. Geef hierbij aan of de eerdere behandelingen hebben plaatsgevonden vanwege een mamma-reconstructie na mamma-amputatie.

< verplicht tekstveld >

9. Hoeveel behandelsessies heeft u nodig in een periode van 12 maanden?

A 1 t/m 3
B > =4

10. Geeft u alstublieft het volgende aan:

- Welke reconstructies hebben eerder plaatsgevonden?
- Wat was de reden van de eerdere borstreconstructies?
- Waarom is na de eerdere reconstructie opnieuw een borstreconstructie nodig?

< verplicht tekstveld >

11. Hoeveel behandelsessies heeft u nodig in een periode van 12 maanden?

<verplicht tekstveld>

12. SVP aanvinken: (INFO: De foto's dienen scherp te zijn en een goed beeld te geven van de te beoordelen aandoening waarvoor de behandeling wordt aangevraagd. Zowel een overzichtsfoto als een detailfoto dienen ter ondersteuning van de beoordeling te worden meegestuurd. De inhoud van dit formulier is vastgesteld door de gezamenlijke zorgverzekeraars. Neem voor vragen contact op met de betreffende zorgverzekeraar..)

A. Verzekerde geeft toestemming dat zijn/haar foto's elektronisch aan de verzekeraar worden verzonden
B. Behandelaar heeft geen foto's beschikbaar, deze zullen door de verzekeraar bij verzekerde worden opgevraagd.

13. Indien van toepassing, graag noodzakelijke bestanden uploaden

Uploadfunctie

EINDE VRAGENLIJST