

## X16: Littekencorrectie

**1) Is er sprake van keloidvorming?**

- Ja
- Nee

**2) Bestaat het huidige litteken al 12 maanden of langer?**

- Ja
- Nee

**3) Wat is de locatie van het litteken?**

- Gelaat, hals, nek, handen of polsen
- Andere locatie

**4) Is het litteken meer dan 2 cm breed en meer dan 10 cm lang?**

- Ja
- Nee

**5) Zijn er meer dan drie verbrede littekens op dezelfde locatie?**

- Ja
- Nee

**6) Is het litteken opvallend van kleur en/of aspect?**

- Ja
- Nee

**7) Veroorzaakt het litteken**

- een bewegingsbeperking van een gewricht (contractuur)?
- een ernstige misvorming
- ernstige pijnklachten of andere klachten waarbij er een duidelijke relatie bestaat met het litteken
- geen van bovenstaande

**8) Geef een omschrijving van het litteken en vermeld:**

- Lokalisatie \_\_\_\_\_
  - Lengte x breedte in cm \_\_\_\_\_ cm
  - Kleur en aspect \_\_\_\_\_
  - Eerdere (conservatieve) behandeling \_\_\_\_\_
- Toelichting eventuele klachten: <tekstveld>

**9) Foto's toevoegen, lateraal en frontaal** 

SVP aanvinken:

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



\* 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.*