

Betreft: Aanvraag zuurstofbehandeling

* = verplicht veld

Gegevens verzekerde:

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht M V _____

* Geboortedatum _____

* Straatnaam _____

* Huisnummer _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telefoonnummer vast _____

* Telefoonnummer mobiel _____

* E-mailadres _____

* Naam zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN-nummer _____

* Contactpersoon thuis _____

Gegevens apotheek verzekerde:

* Naam apotheek _____

* Plaats apotheek _____

Contra indicaties: Indien één van de onderstaande indicaties van toepassing is bij de verzekerde dit aangeven:

* Rookt de verzekerde? Ja Nee

* Gebruikt de verzekerde Bleomycine? Ja Nee

Diagnose:

COPD Interstitiële longziekte Longcarcinoom of metastasen Clusterhoofdpijn Hartfalen

Terminaal stadium aandoening Zuurstofbehandeling voor Cystic fibrosis

Bronchopulmonale dysplasie hypoxemie tijdens inspanning Palliatief

Zuurstof behandeling nachtelijke hypoxemie

Dosering zuurstof in liters per minuut

* Overdag _____ l/min

* Tijdens slaap _____ l/min

* Tijdens inspanning _____ l/min

* Incidenteel _____ l/min

Dosering zuurstof in uren per dag

* Aantal uren per etmaal _____ uur

* Incidenteel _____ uur

Alleen invullen indien een afwijkend afleveradres gewenst is:

Naam/instelling _____

Straatnaam _____

Huisnummer _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Gegevens aanvrager:

* Uw naam _____

* Zorginstelling _____

* Afdeling _____

* Plaats _____

* Telefoonnummer _____

* Functie _____

* AGB nummer _____

* E-mailadres _____

* Datum aanvraag _____

* Ingangsdatum gebruik thuis _____

Toedieningswijze:

Neusbril

Zuurstofmasker

Neuskatheter

Transtracheaal microkatheter

Anders, namelijk _____



Ambulant buitenshuis:

- Niet ambulant
- 1 tot 3 keer per week
- 3 tot 7 keer per week
- 7 keer of vaker per week

Duur per activiteit buitenshuis

- Niet ambulant
- 0 tot 1 uur
- 1 tot 2 uur
- 2 uur of meer

Wenst u een terugkoppeling te ontvangen van de zuurstofleverancier over de geleverde zuurstof?

- Nee
- Ja

Wenst u gebeld te worden naar aanleiding van deze aanvraag om te overleggen met onze Customer Service medewerker?

- Nee
- Ja

U kunt hier nog extra informatie aangeven:

Bij vragen kunt u contact opnemen met één van de leveranciers van Medicinale Zuurstof.

* Handtekening

Woonsituatie verzekerde:

Het woon- verblijfadres van de verzekerde is op de begane grond: Ja Nee

Indien het woon- verblijfadres niet op de begane grond is, is er een lift aanwezig? Ja Nee

Overige relevante criteria:

Is de verzekerde voor zijn mobiliteit afhankelijk van andere hulpmiddelen? Ja Nee

Wordt er door huisgenoten van de verzekerde gerookt? Ja Nee

Zijn er beperkingen bij de patiënt die het goed gebruik van de zuurstofvoorziening kunnen beperken?

Nee Ja, namelijk _____
