

**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 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**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

**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

**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 \_\_\_\_\_

**U kunt hier nog extra informatie aangeven:**


---



---



---

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

\* Handtekening