

WIJ NEMEN ENKEL VOLLEDIG INGEVULDE AANVRAAGFORMULIEREN IN BEHANDELING

Gegevens verzekerde:	
Naam + voorletter(s)	
Geboortedatum	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Zorgverzekeraar	
Polisnummer	
BSNnummer	

Gegevens apotheek verzekerde:	
Naam	
Plaats	
Telefoonnummer	
Faxnummer	

Gegevens voorschrijver:		
Naam		Telefoon
Ziekenhuis		Datum invulling
Functie		Handtekening
Plaats		voorschrijver

Diagnose:*	
<input type="radio"/> COPD <input type="radio"/> Interstitiële longziekte <input type="radio"/> Longcarcinoom of -metastasen <input type="radio"/> Anders, namelijk:	<input type="radio"/> Terminaal stadium aandoening <input type="radio"/> Clusterhoofdpijn

Contra indicaties:*
Indien één van onderstaande indicaties van toepassing is bij de verzekerden graag dit aangeven.
<input type="radio"/> Lazy Lung Syndrom <input type="radio"/> Klaplong <input type="radio"/> Eerder behandelde zuurstofradicaalschade aan de long <input type="radio"/> Te sterk werkende schildklier <input type="radio"/> Gebrek aan vitamine C, E of glutathion

Co-medicatie:*	
Zuurstoftoediening kan de gewenste en ongewenste effecten van onderstaande geneesmiddelen doen toenemen of afnemen. Indien de verzekerde gebruik maakt van één van onderstaande geneesmiddelen graag dit aangeven.	
<input type="radio"/> Amiodaron <input type="radio"/> Bleomycine <input type="radio"/> Actinomycine <input type="radio"/> Corticosteroiden <input type="radio"/> Adriamycine <input type="radio"/> Trastuzumab (Herceptin®)	<input type="radio"/> Menadion <input type="radio"/> Promazine <input type="radio"/> Chloorpromazine <input type="radio"/> Thioridazine <input type="radio"/> Chloroquine

Status aanvraag (in te vullen door de leverancier):*	
<input type="radio"/> Melding (aanvraag = machtiging)	<input type="radio"/> Aanvraag (aanvraag = machtiging)

Arteriële bloedgaswaarden 1^e meting:	
Datum 1 ^e meting:	Gemeten*
PaO ₂ : kPa/mmHg	<input type="radio"/> in rust
PaCO ₂ : kPa/mmHg	<input type="radio"/> tijdens inspanning
SaO ₂ : %	<input type="radio"/> 's nachts

Arteriële bloedgaswaarden 2^e meting:**	
Datum 2 ^e meting:	Gemeten*
PaO ₂ : kPa/mmHg	<input type="radio"/> in rust
PaCO ₂ : kPa/mmHg	<input type="radio"/> tijdens inspanning
SaO ₂ : %	<input type="radio"/> 's nachts

Aard zuurstoftherapie:**	
<input type="radio"/> Korte termijn zuurstofbehandeling thuis <input type="radio"/> Palliatief <input type="radio"/> Zuurstofbehandeling voor hypoxemie tijdens inspanning <input type="radio"/> Zuurstofbehandeling voor nachtelijke hypoxemie <input type="radio"/> Periodiek (cluster hoofdpijn)	
<input type="radio"/> Onderhoudsbehandeling zuurstof thuis <input type="radio"/> Stopzetten zuurstoftherapie	

Dosering zuurstof:			
In rust:	... liter per minuut	Tijdens inspanning:	... liter per minuut
Tijdens slaap:	... liter per minuut	Zo nodig:	... liter per minuut

Gebruiksduur:*	
<input type="radio"/> Aantal uren per etmaal, namelijk <input type="radio"/> Zo nodig	Ingangsdatum gebruik thuis: Contactpersoon thuis:

Toedieningwijze:*	
<input type="radio"/> Neusbriil <input type="radio"/> Neuskatheter <input type="radio"/> Transtracheaal microkatheter	<input type="radio"/> Zuurstofmasker <input type="radio"/> Anders, namelijk

Ambulant buitenhuis:*	Frequentie ambulant buitenshuis:*
<input type="radio"/> niet ambulant <input type="radio"/> 0 tot 1 uur ambulant per dag <input type="radio"/> 1 tot 2 uur ambulant per dag <input type="radio"/> 2 uur of meer ambulant per dag	<input type="radio"/> 0 tot 1 keer per week <input type="radio"/> 1 tot 3 keer per week <input type="radio"/> 3 tot 7 keer per week <input type="radio"/> 7 keer of vaker per week

Overige relevante criteria:*	
Is verzekerde gemotiveerd voor het gebruik van zuurstof?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee, waarom?
Rookt de verzekerde?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Is de verzekerde in staat de zuurstofvoorziening zelfstandig te gebruiken?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Is de verzekerde voor zijn mobiliteit afhankelijk van andere hulpmiddelen?	<input type="radio"/> ja, namelijk: <input type="radio"/> nee
Is de verzekerde in staat een mobiele zuurstofvoorziening te vullen aan een moedervat of moederinstallatie?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Woonsituatie verzekerde:*	
De woon- verblijfsadres van de verzekerde is	<input type="radio"/> op de begane grond <input type="radio"/> niet op de begane grond

Onderstaande wordt ingevuld door apotheehoudende apotheker van Vivosol Nederland B.V. en dient u derhalve leeg te laten:

Paraaf akkoord apotheehoudende apotheker en naamstempel:	
Beoordelingsdatum apotheehoudende apotheker:	

* aankruisen wat van toepassing is.

** de gearceerde delen alleen invullen bij de 2e meting