

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 Is de verzekerde in staat de zuurstofvoorziening zelfstandig te gebruiken? Ja Nee

* Gebruikt de verzekerde Bleomycine? Ja Nee _____

Diagnose:

COPD Interstitiële longziekte Longcarcinoom of metastasen Clusterhoofdpijn Hartfalen

Terminaal stadium aandoening Zuurstofbehandeling voor hypoxemie tijdens inspanning Cystic fibrosis

Bronchopulmonale dysplasie Palliatief

Zuurstof behandeling nachtelijke hypoxemie Anders, namelijk: _____

Bloedgaswaarden meting (indien van toepassing):

Datum 1e meting _____	Datum 2e meting _____
PaO ₂ kPa/mmHg _____	PaO ₂ kPa/mmHg _____
PaCO ₂ kPa/mmHg _____	PaCO ₂ kPa/mmHg _____
SaO ₂ 0% _____	SaO ₂ 0% _____
SaCO ₂ 0% _____	SaCO ₂ 0% _____
Gemeten <input type="checkbox"/> In rust <input type="checkbox"/> Tijdens inspanning <input type="checkbox"/> Tijdens de nacht	Gemeten <input type="checkbox"/> In rust <input type="checkbox"/> Tijdens inspanning <input type="checkbox"/> Tijdens de nacht



* = verplicht veld

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

*** Neusgel:**

Ter voorkoming van neusklachten door zuurstofgebruik, aanvraag voor levering van hydrofiele neusgel (=recept & iters gedurende de periode dat de zuurstof wordt toegepast). Ja Nee

Ambulant buitenshuis:

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

*** Handtekening:**

Toedieningswijze:

- Neusbril
- Zuurstofmasker
- Neuskatheter
- Transtracheaal microkatheter
- Anders, namelijk:

Duur per activiteit buitenshuis:

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

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
- Is de verzekerde in staat een mobiele zuurstofvoorziening te vullen aan een moedervat of moederinstallatie? Ja Nee

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

U kunt hier nog extra informatie aangeven:
