

**Betreft: Terugkoppelformulier van zuurstofleverancier aan voorschrijver*** = *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 _____

Algemeen:* Zuurstof afgeleverd Ja Nee* Zuurstof uitleg begrepen Ja Nee* Bevochtiging noodzakelijk Ja Nee* Rookt de verzekerde? Ja Nee* Rookt de omgeving? Ja Nee*** Zuurstofvoorziening afgeleverd:** Concentrator tot 5 liter per minuut Concentrator tot 9 liter per minuut Noodcilinder Mobiliteitscilinder continu Mobiliteitscilinder demand Vloeibaar continu Vloeibaar demand Mobiele concentrator continu Mobiele concentrator demand Thuisvulstelsysteem

* Handtekening service medewerker

Gegevens apotheek verzekerde:

* Naam apotheek _____

* Plaats apotheek _____

Aanpassing mobiliteitsvoorziening noodzakelijk? 2 liter cilinders Vloeibaar demand Vloeibaar continu Mobiele concentrator Thuisvulstelsysteem**Toedieningswijze:** Neusbril Zuurstofmasker Zuurstofkatheter Transtracheaal microkatheter Anders, namelijk _____**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

Overige relevante informatie:* Het woon- verblijfadres van de verzekerde is op de begane grond Ja Nee**U kunt hier extra informatie aangeven:**