

**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

Als gezinsleden/huisgenoten al apparatuur gebruiken voor PEP/verneveling/zuurstof, dan is vanwege doelmatigheid het advies te kiezen voor dezelfde leverancier.

Diagnose:

- COPD Interstitiële longziekte Longcarcinoom of metastasen Clusterhoofdpijn Hartfalen
- COVID-19 Terminaal stadium aandoening Palliatief Zuurstof behandeling nachtelijke hypoxemie
- Cystic fibrosis Bronchopulmonale dysplasie Zuurstofbehandeling voor hypoxemie tijdens inspanning

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 _____

* Incidenteel _____

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