

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

* Is de verzekerde in staat de zuurstof-voorziening zelfstandig te gebruiken? ☐ 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 ☐ In rust ☐ Tijdens inspanning ☐ Tijdens de nacht	Gemeten ☐ In rust ☐ Tijdens inspanning ☐ 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- verblijfsadres van de verzekerde is op de begane grond: ☐ Ja ☐ Nee
 Indien het woon- verblijfsadres niet op de begane grond is, is er een lift aanwezig? ☐ Ja ☐ Nee

U kunt hier nog extra informatie aangeven: