



# Aanvraag Zuurstofbehandeling

\* Verplicht veld

## Gegevens verzekerde:

\* Voornaam \_\_\_\_\_

\* Achternaam \_\_\_\_\_

\* Geslacht  M  V

\* Geboortedatum \_\_\_\_\_

\* Adres \_\_\_\_\_

\* Postcode \_\_\_\_\_

\* Woonplaats \_\_\_\_\_

\* Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Telefoonnummer mobiel \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

\* Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_

\* Polisnummer \_\_\_\_\_

\* BSN \_\_\_\_\_

Contactpersoon \_\_\_\_\_

## Gegevens apotheek verzekerde:

Naam apotheek \_\_\_\_\_

Plaats apotheek \_\_\_\_\_

Alleen invullen indien een afwijkend afleveradres gewenst is.

Naam/instelling \_\_\_\_\_

Straatnaam \_\_\_\_\_

Huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

## Gegevens medisch specialist:

\* Uw naam \_\_\_\_\_

\* Zorginstelling \_\_\_\_\_

\* Afdeling \_\_\_\_\_

\* Plaats \_\_\_\_\_

\* Telefoonnummer \_\_\_\_\_

\* Functie \_\_\_\_\_

\* BIG nummer \_\_\_\_\_

\* 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? (of heeft gebruikt in de afgelopen 6 mnd)  Ja  Nee

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

## \* Medische indicatie

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bronchopulmonale dysplasie | <input type="checkbox"/> COVID-19        | <input type="checkbox"/> Hypoxemie tijdens inspanning | <input type="checkbox"/> Nachtelijke hypoxemie |
| <input type="checkbox"/> Clusterhoofdpijn           | <input type="checkbox"/> Cystic fibrosis | <input type="checkbox"/> Interstitiële longziekte     | <input type="checkbox"/> Palliatief            |
| <input type="checkbox"/> COPD                       | <input type="checkbox"/> Hartfalen       | <input type="checkbox"/> Longcarcinoom of metastasen  | <input type="checkbox"/> Terminaal stadium     |
|   |  |   | <input type="checkbox"/> Anders                |

## \* 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

## 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

**\* Heeft de patiënt een goede neusademhaling**

Is de patiënt in staat om langere tijd bij inspanning door de neus adem te halen?

- Ja  
 Nee

**\* Wenst u per e-mail een terugkoppeling te ontvangen van de zuurstofleverancier over de geleverde zuurstof?**

- Ja, graag naar e-mailadres:  
 Nee

**\* Woonsituatie verzekerde: (invullen indien bekend)**

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

**Overig relevant criteria:**

Is de verzekerde voor zijn of haar mobiliteit afhankelijk van andere hulpmiddelen? (invullen indien bekend)  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 beïnvloeden?

(invullen indien bekend)  Nee  Ja, namelijk

---

---

---

**Opmerkingen**

---

---

---

---

---

**\*Handtekening**

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en faxen naar 0570 - 85 84 51.

Westfalen Medical streeft ernaar om de instructie aan de verzekerde te geven. Wanneer dit door omstandigheden niet mogelijk is, geeft u toestemming om de instructie aan de contactpersoon te geven.