



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 _____

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.