

## Betreft: Aanvraag zuurstof voor clusterhoofdpijn

\* *verplicht veld*

### Gegevens verzekerde:

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

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

\* Geslacht  M  V \_\_\_\_\_

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

\* Straatnaam \_\_\_\_\_

\* Huisnummer \_\_\_\_\_

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

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

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

Tweede telefoonnummer \_\_\_\_\_

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

\* Naam zorgverzekeraar \_\_\_\_\_

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

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

Contactpersoon thuis <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

### Gegevens apotheek verzekerde:

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

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

### 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  
(of heeft gebruikt in de afgelopen 6 mnd)

### Medische indicatie: Clusterhoofdpijn

Dosering zuurstof: \_\_\_\_\_ l/min per aanval (maximaal 15 minuten (effectief) per aanval)

### 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

### Overige relevante-criteria:

- \* 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 \_\_\_\_\_

Wenst u een terugkoppeling per email te ontvangen van de zuurstof-leverancier over de geleverde zuurstof?  Nee  Ja

### Alleen invullen indien een afwijkend afleveradres gewenst is: <sup>1</sup>

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 \_\_\_\_\_

### Toedieningswijze:

- Zuurstofmasker  Zuurstofmasker met zak
- Anders, namelijk \_\_\_\_\_

### Opmerkingen

\* Handtekening