



## Wijzigen Nasal High Flow Therapie

\* Verplicht veld

### Gegevens verzekerde:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contactpersoon \_\_\_\_\_

### Gegevens medisch specialist:

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

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

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

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

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

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

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

\* AGB nummer \_\_\_\_\_

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

\* Datum \_\_\_\_\_

### Instellingen

\* Huidige flow: \_\_\_\_\_ liter per minuut

\* Huidige temperatuur: \_\_\_\_\_ graden Celcius

Huidige FiO2: \_\_\_\_\_ %

\* Wijzigingsvoorstel flow: \_\_\_\_\_ liter per minuut

\* Wijzigingsvoorstel temperatuur: \_\_\_\_\_ graden Celcius

Wijzigingsvoorstel FiO2: \_\_\_\_\_ %

Wenst u een terugkoppeling te ontvangen  
per e-mail over de gewijzigde therapie?  Ja  Nee

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

### Opmerkingen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### \*Handtekening

\_\_\_\_\_

Westfalen Medical B.V.

Postbus 124

7400 AC Deventer

nhft@westfalen.com

Tel: 0570 - 24 88 95

Fax: 0570 - 85 84 51