



Aanvraag Nasal High Flow therapie

* Verplicht veld

Gegevens verzekerde

* Voornaam		
* Achternaam		
* Geslacht	☐ M	☐ V
* Geboortedatum		
* Adres		
* Postcode		
* Woonplaats		
* Telefoonnummer		
Tweede telefoonnummer		
E-mailadres		
* Zorgverzekeraar		
* Polisnummer		
* BSN		
Contactpersoon		

Afleveradres (indien afwijkend)

* Naam/instelling	
* Adres	
* Postcode en woonplaats	
* Telefoonnummer	

Gegevens medisch specialist

* Uw naam	
* Zorginstelling	
* Afdeling	
* Plaats	
* Telefoonnummer	
* Functie	
* BIG nummer	
AGB nummer	
E-mailadres	
* Datum aanvraag	

* Verzekerde heeft COPD GOLD 3 of 4. Medicatie, zuurstoftherapie en verneveltherapie hebben niet voldoende geholpen. Ook had de verzekerde tenminste 2 exacerbaties per jaar die ziekenhuisopname tot gevolg hadden.

☐ Ja ☐ Nee

Instellingen

* Flow:	liter per minuut
* Temperatuur:	graden Celcius

Optioneel

O2:	liter per minuut
Gewenste FiO2:	%

* Nasale interface, maat: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ Onbekend

Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen indien van toepassing)

☐ Nummer sticker op grijze box	☐ Datum instructie
---	---

Opmerkingen

* Handtekening

--

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en faxen naar 0570 - 858 451

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.