



Aanvraag zuurstof voor clusterhoofdpijn

* Verplicht veld

Gegevens verzekerde

* Voornaam

* Achternaam

* Geslacht ☐ M ☐ V

* Geboortedatum

* Adres

* Postcode

* Woonplaats

* Telefoonnummer

Tweede telefoonnummer

E-mailadres

* Zorgverzekeraar

* Polisnummer

* BSN

Contactpersoon thuis.

Gegevens apotheek verzekerde

Naam apotheek

Plaats apotheek

Alleen invullen indien een afwijkend afleveradres gewenst is

Naam/instelling

Adres

Postcode

Plaats

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?

☐ Ja ☐ Nee

(of heeft gebruikt in de afgelopen 6 mnd)

Toedieningswijze

Zuurstofmasker ☐

Zuurstofmasker met zak ☐

(Non-rebreathing)

Anders, namelijk: ☐

Medische indicatie ☒ Clusterhoofdpijn

Dosering zuurstof: _____ l/min per aanval

(maximaal 15 minuten (effectief) per aanval)

**Woonsituatie verzekerde:** Invullen indien bekend

Het woon- verblijfsadres van de verzekerde is op de begane grond:

☐ Ja ☐ Nee

Indien het woon- verblijfsadres 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 te ontvangen per e-mail van de zuurstofleverancier over de geleverde therapie?

☐ Ja, graag naar e-mailadres: _____

☐ Nee

Opmerkingen

*** Handtekening**

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