



Aanvraag zuurstoftherapie



* 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? (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

☐ Bronchopulmonale dysplasie	☐ Hartfalen	☐ Nachtelijke Hypoxemie tijdens inspanning
☐ Clusterhoofdpijn	☐ Interstitiële longziekte	☐ Anders:
☐ COPD	☐ Longcarcinoom of metastasen	
☐ COVID-19	☐ Palliatief	
☐ Cystic fibrosis	☐ Terminaal stadium	

*Dosering zuurstof in liters per minuut

Overdag	I/min
Tijdens slaap	I/min
Tijdens inspanning	I/min
Incidenteel	I/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

***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:

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: _____

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

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.