

Betreft: Aanvraag zuurstof voor clusterhoofdpijn

* = verplicht veld

Gegevens verzekerde:

* Voornaam _____
* Achternaam _____
* Geslacht M V _____
* Geboortedatum _____
* Straatnaam _____
* Huisnummer _____
* Postcode _____
* Woonplaats _____
* Telefoonnummer vast _____
* Telefoonnummer mobiel _____
* E-mailadres _____
* Naam zorgverzekeraar _____
* Polisnummer _____
* BSN-nummer _____
* Contactpersoon thuis _____

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

Dosering zuurstof: _____ l/min per aanval

Woonsituatie verzekerde:

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 beperken?
 Nee Ja, namelijk _____

Wenst u een terugkoppeling te ontvangen van de zuurstofleverancier over de geleverde zuurstof? Nee Ja

Alleen invullen indien een afwijkend afleveradres gewenst is:

Naam/instelling _____
Straatnaam _____
Huisnummer _____
Postcode _____
Woonplaats _____
Telefoonnummer _____

Gegevens aanvrager:

* Uw naam _____
* Zorginstelling _____
* Afdeling _____
* Plaats _____
* Telefoonnummer _____
* Functie _____
* AGB nummer _____
* E-mailadres _____
* Datum aanvraag _____
* Ingangsdatum gebruik thuis _____

Toedieningswijze:

Zuurstofmasker
 Anders, namelijk _____

U kunt hier nog extra informatie aangeven:

* Handtekening