

**Betreft:**  Stopzetten therapie /  Wijzigen therapie**Reden:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* = verplicht veld

**Gegevens verzekerde:**\* Voor- en achternaam  
\_\_\_\_\_\* Geslacht  M  V  
\_\_\_\_\_\* Geboortedatum  
\_\_\_\_\_\* Straatnaam  
\_\_\_\_\_\* Huisnummer  
\_\_\_\_\_\* Postcode  
\_\_\_\_\_\* Woonplaats  
\_\_\_\_\_\* Telefoonnummer vast  
\_\_\_\_\_\* Telefoonnummer mobiel  
\_\_\_\_\_\* E-mailadres  
\_\_\_\_\_\* Naam zorgverzekeraar  
\_\_\_\_\_\* Polisnummer  
\_\_\_\_\_\* BSN-nummer  
\_\_\_\_\_\* Contactpersoon thuis  
\_\_\_\_\_**Gegevens aanvrager:**\* Uw naam  
\_\_\_\_\_\* Zorginstelling  
\_\_\_\_\_\* Afdeling  
\_\_\_\_\_\* Plaats  
\_\_\_\_\_\* Telefoonnummer  
\_\_\_\_\_\* Functie  
\_\_\_\_\_\* AGB nummer  
\_\_\_\_\_\* E-mailadres  
\_\_\_\_\_**Diagnose:**

- |   |   |  |   |                                    |
|---|---|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> COPD                                       | <input type="checkbox"/> Interstitiële longziekte | <input type="checkbox"/> Longcarcinoom of metastasen | <input type="checkbox"/> Clusterhoofdpijn | <input type="checkbox"/> Hartfalen |
| <input type="checkbox"/> Terminaal stadium aandoening               | <input type="checkbox"/> Zuurstofbehandeling voor | <input type="checkbox"/> Cystic fibrosis             |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Bronchopulmonale dysplasie                 | hypoxemie tijdens inspanning                      | <input type="checkbox"/> Palliatief                  |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Zuurstof behandeling nachtelijke hypoxemie |   |  |   |                                    |

*Alleen bij wijziging invullen***Huidige dosering zuurstof in liters per minuut**\* Overdag                      l/min\* Tijdens slaap                      l/min\* Tijdens inspanning                      l/min\* Incidenteel                      l/min*Alleen bij wijziging invullen***Wijzigingsvoorstel zuurstof in liters per minuut**\* Overdag                      l/min\* Tijdens slaap                      l/min\* Tijdens inspanning                      l/min\* Incidenteel                      l/min

*Alleen bij wijziging invullen***Huidige dosering zuurstof in uren per dag:**

\* Aantal uren per etmaal uur  
\* Incidenteel uur

*Alleen bij wijziging invullen***Wijzigingsvoorstel zuurstof in uren per dag:**

\* Aantal uren per etmaal uur  
\* Incidenteel uur

**\* Huidige apparatuur:**

- Concentrator tot 5 liter per minuut  
 Concentrator tot 9 liter per minuut  
 Noodcilinder  
 Mobiliteitscilinder continu  
 Mobiliteitscilinder demand  
 Vloeibaar continu  
 Vloeibaar demand  
 Mobiele concentrator continu  
 Mobiele concentrator demand  
 Thuisvulstelsysteem

**\* Wijzigingsvoorstel apparatuur:**

- Concentrator tot 5 liter per minuut  
 Concentrator tot 9 liter per minuut  
 Noodcilinder  
 Mobiliteitscilinder continu  
 Mobiliteitscilinder demand  
 Vloeibaar continu  
 Vloeibaar demand  
 Mobiele concentrator continu  
 Mobiele concentrator demand  
 Thuisvulstelsysteem

**Wenst u een terugkoppeling te ontvangen van de zuurstofleverancier over de gewijzigde / gestopte levering van zuurstof?**

- Nee  
 Ja

**U kunt hier nog extra informatie aangeven:**

---

---

---

---

---

**\* Handtekening**