

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 _____

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 _____

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
(of heeft gebruikt in de afgelopen 6 mnd)

Als gezinsleden/huisgenoten al apparatuur gebruiken voor PEP/verneveling/zuurstof, dan is vanwege doelmatigheid het advies te kiezen voor dezelfde leverancier.

* Medische indicatie

<input type="checkbox"/> Bronchopulmonale dysplasie	<input type="checkbox"/> Hartfalen	<input type="checkbox"/> Nachtelijke Hypoxemie
<input type="checkbox"/> Clusterhoofdpijn	<input type="checkbox"/> Interstitiële longziekte	tijdens inspanning
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Longcarcinoom of metastasen	<input type="checkbox"/> Anders: _____
<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Palliatief	_____
<input type="checkbox"/> Cystic fibrosis	<input type="checkbox"/> Terminaal stadium	_____

*Dosering zuurstof in liters per minuut

Overdag	l/min
Tijdens slaap	l/min
Tijdens inspanning	l/min
Incidenteel	l/min

Toedieningswijze

Neusbril _____

Zuurstofmasker _____

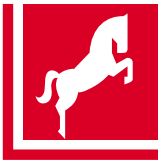
Neuskatheter _____

Transtracheaal microkatheter _____

Anders namelijk: _____

*Dosering zuurstof in uren per dag

Aantal uren per etmaal	uur
Incidenteel	uur



*** 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.