

## 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

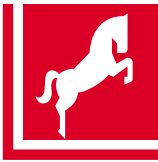
(Non-rebreathing)

Anders, namelijk:  \_\_\_\_\_

Medische indicatie  Clusterhoofdpijn

Dosering zuurstof: \_\_\_\_\_ l/min per aanval

(maximaal 15 minuten (effectief) per aanval)



**Woonsituatie verzekerde:** Invullen indien bekend

Het woon- 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 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 graag volledig invullen, mailen naar [info@westfalenmedical.nl](mailto:info@westfalenmedical.nl) of faxen naar 0570 - 858 451.