



## 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 tijdens inspanning
<input type="checkbox"/> Clusterhoofdpijn	<input type="checkbox"/> Interstitiële longziekte	<input type="checkbox"/> Anders: _____
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Longcarcinoom of metastasen	_____
<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 graag volledig invullen, mailen naar [info@westfalenmedical.nl](mailto:info@westfalenmedical.nl) of 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.