

Wijzigen therapie



Reden:

* Verplicht veld

Gegevens verzekerde

* Voornaam

* Achternaam

* Geslacht M V

* Geboortedatum

* Adres

* Postcode

* Woonplaats

* Telefoonnummer

Tweede telefoonnummer

E-mailadres

* Zorgverzekeraar

* Polisnummer

* BSN

Contactpersoon thuis

Gegevens medisch specialist

* Uw naam

* Zorginstelling

* Afdeling

* Plaats

* Telefoonnummer

* Functie

* BIG nummer

AGB nummer

E-mailadres

* Medische indicatie

Bronchopulmonale dysplasie

Clusterhoofdpijn

COPD

COVID-19

Cystic fibrosis

Hartfalen

Interstitiële longziekte

Longcarcinoom of metastasen

Palliatief

Terminaal stadium

Nachtelijke Hypoxemie
tijdens inspanning

Anders:

Huidige dosering zuurstof in liters per minuut

* Overdag l/min

* Tijdens slaap l/min

* Tijdens inspanning l/min

* Incidenteel l/min

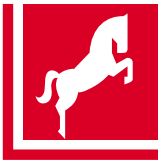
Wijzigingsvoorstel zuurstof in liters per minuut

* Overdag l/min

* Tijdens slaap l/min

* Tijdens inspanning l/min

* Incidenteel l/min



Huidige dosering zuurstof in uren per dag

* Aantal uren per etmaal uur

* Incidenteel uur

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 on demand
- Vloeibaar continu
- Vloeibaar on demand
- Mobiele concentrator continu
- Mobiele concentrator on demand
- Thuisvulstelsysteem

* Wijzigingsvoorstel apparatuur

- Concentrator tot 5 liter per minuut
- Concentrator tot 9 liter per minuut
- Noodcilinder
- Mobiliteitscilinder continu
- Mobiliteitscilinder on demand (1)
- Vloeibaar continu
- Vloeibaar on demand (1)
- Mobiele concentrator continu
- Mobiele concentrator on demand (1)
- Thuisvulstelsysteem

(1) Heeft de patiënt een goede neusademhaling?

Is de patiënt in staat om langere tijd bij inspanning door de neus adem te halen?

Ja Nee

Wenst u een terugkoppeling te ontvangen per e-mail van de zuurstofleverancier over de gewijzigde therapie?

Ja, graag naar e-mailadres: _____

Nee

Opmerkingen

* Handtekening

Dit formulier graag volledig invullen, mailen naar info@westfalenmedical.nl of faxen naar 0570 - 858 451.