

## Aanvraag zuurstofbehandeling

\*verplicht veld

### Gegevens verzekerde:

\*Voornaam:.....  
\*Achternaam:.....  
\*Geslacht:  M  V  
\*Geboortedatum:.....  
\*Straatnaam:.....  
\*Huisnummer:.....  
\*Postcode:.....  
\*Woonplaats:.....  
\*Telefoonnummer vast:.....  
\*Telefoonnummer mobiel:.....  
\*E-mailadres:.....  
\*Naam zorgverzekeraar:.....  
\*Polisnummer:.....  
\*BSN-nummer:.....  
\*Contactpersoon thuis:.....

### Gegevens apotheek verzekerde:

\*Naam apotheek:.....  
\*Plaats apotheek:.....

### Alleen invullen indien een afwijkend afleveradres gewenst is:

Naam/Instelling:.....  
Straatnaam:.....  
Huisnummer:.....  
Postcode:.....  
Woonplaats:.....  
Telefoonnummer:.....

### Gegevens aanvrager:

\*Uw naam:.....  
\*Zorginstelling:.....  
\*Afdeling:.....  
\*Plaats:.....  
\*Telefoonnummer:.....  
\*Functie:.....  
\*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

### Diagnose:

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

### 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 ambulantly
- 1 tot 3 keer per week
- 3 tot 7 keer per week
- 7 keer of vaker per week

**Duur per activiteit buitenshuis:**

- Niet ambulantly
- 0 tot 1 uur
- 1 tot 2 uur
- 2 uur of meer

**Wenst u een terugkoppeling te ontvangen van de zuurstofleverancier over de geleverde zuurstof?**

- Nee
- Ja

**Woonsituatie verzekerde:**

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 mobiliteit afhankelijk van andere hulpmiddelen?  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 beperken?

Nee  Ja, namelijk

.....  
.....

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

.....  
.....  
.....  
.....

**\*Handtekening cliënt:**

**U kunt dit formulier sturen naar:**

**VitalAire BV**  
Archimedeslaan 11, 8218 ME Lelystad  
Tel: 088-25 03 500

U kunt het formulier ook e-mailen naar: [zuurstof.healthcare-nl@airliquide.com](mailto:zuurstof.healthcare-nl@airliquide.com)

**Wij danken u voor uw medewerking!**