

Betreft: Stopzetten therapie / Wijzigen therapie

***verplicht veld**

***Reden:**.....

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 aanvrager:

*Uw naam:.....
*Zorginstelling:.....
*Afdeling:.....
*Plaats:.....
*Telefoonnummer:.....
*Functie:.....
*AGB nummer:.....
*E-mailadres:.....

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 |

Alleen bij wijziging invullen

Huidige dosering zuurstof in liters per minuut:

*Overdag:..... L/min
*Tijdens slaap:..... L/min
*Tijdens inspanning:..... L/min
*Incidenteel:..... L/min

Alleen bij wijziging invullen

Wijzigingsvoorstel zuurstof in liters per minuut

*Overdag:..... L/min
*Tijdens slaap:..... L/min
*Tijdens inspanning:..... L/min
*Incidenteel:..... L/min

Alleen bij wijziging invullen

Dosering zuurstof in uren per dag:

*Aantal uren per etmaal:..... uur
*Incidenteel:..... uur

Alleen bij wijziging invullen

Wijzigingsvoorstel zuurstof in uren per dag:

*Aantal uren per etmaal:..... uur
*Incidenteel:..... uur



Alleen bij wijziging invullen

***Huidige apparatuur:**

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

Wenst u een terugkoppeling te ontvangen van de zuurstofleverancier over de gewijzigde / gestopte levering van zuurstof?

- Nee
- Ja

Alleen bij wijziging invullen

***Wijzigingsvoorstel apparatuur:**

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

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

Wij danken u voor uw medewerking!