



# Therapieën. Aanvraagformulier.

## Gegevens cliënt

Naam**	Voornaam	Aanspreking
Straatnaam & nr*	Postcode*	Woonplaats*
Geboortedatum*	Telefoonnr.*	
E-mail*	GSM	
Zorgverzekeraar*	Polisnummer*	
Aanvraag reeds bij zorgverzekeraar	Nee	Ja

## Ziektebeeld

Ziektebeeld	Therapie start/onslag
Mate van mobiliteit	

## Gegevens aanvrager

Thuiszorg ingeschakeld?	Nee	Ja, naam thuiszorg
Contactpersoon thuiszorg		Telefoonnr.
Instructie gewenst?	Nee	Ja

## Benodigd materiaal

Bewakingsmonitor voor				
Infuuspomp, type	Infuusstandaard nodig	Nee	Ja	
Toedieningsweg	Toedieningssnelheid	ml/u	Volume per 24u	ml/u
Toedieningswijze	Naald (soort en maat)			
	Manchet		Maat	
Uitzuigapparatuur voor				
Vernevelaar	Type medicatie			
Zuurstof	Aantal liter/min		Uren/etmaal	
Andere apparatuur				
Opmerkingen				

## Gegevens voorschrijver

Naam voorschrijver*	Naam instelling*
Straatnaam & nr.*	Postcode* Plaats*
Telefoonnr.*	E-mail*
Datum aanvraag*	AGB-code*
Uw ordernummer	Handtekening voorschrijver*

> **Zuurstoftherapie. Aanvraag zuurstofbehandeling.**

<b>Dosering zuurstof in liters per minuut</b>	Overdag*		Tijdens slaap*		l/min					
	Tijdens inspanning*		l/min	Incidenteel*		l/min				
<b>Dosering zuurstof in uren per dag</b>	Aantal uren per etmaal*		uur	Incidenteel*		uur				
<b>Toedieningswijze</b>	Neusbril		Zuurstofmasker		Neuskatheter		Transtracheaal microkatheter			
	Anders, namelijk									
<b>Neusgel</b>	Ter voorkoming van neusklachten door zuurstofgebruik, aanvraag voor levering van hydrofiele neusgel (=recept & liters gedurende de periode dat zuurstof wordt toegepast).				Ja		Nee			
<b>Ambulant buitenshuis</b>	Niet ambulans		1 tot 3 keer per week		3 tot 7 keer per week		7 keer of vaker per week			
<b>Duur per activiteit buitenshuis</b>	Niet ambulans		0 tot 1 uur		1 tot 2 uur		2 uur of meer			
<b>Duur per activiteit buitenshuis</b>	Is de verzekerde voor zijn mobiliteit afhankelijk van andere hulpmiddelen?							Ja		Nee
	Wordt er door huisgenoten van de verzekerde gerookt?							Ja		Nee
	Is de verzekerde in staat een mobiele zuurstofvoorziening te vullen aan een moedervat of moederinstallatie?							Ja		Nee
	Het woon-/verblijfadres van de verzekerde is op de begane grond:							Ja		Nee
<b>Woonsituatie verzekerde</b>	Indien het woon-/verblijfadres niet op de begane grond is, is er een lift aanwezig?							Ja		Nee
	<b>Handtekening*</b>									

U kunt hier nog extra informatie aangeven