AANVRAAGFORMULIER ZUURSTOFTHERAPIE

Gegevens cliënt

Voornaam*

Achternaam*

Geslacht*
☐ M ☐ V

Straatnaam & nr*

Postcode*

Woonplaats*

Geboortedatum*

BSN*

Telefoonr. vast*

Telefoonr. mobiel*

Naam Zorgverzekeraar*

Polisnummer*

Contactpersoon thuis*

Contactpersoon tel.

E-mailadres*

Gegevens apotheek verzekerde

Naam apotheek*

Plaats apotheek*

Naam/instelling

Straatnaam & nr.

Postcode

Woonplaats

Telefoonnr.

Gegevens aanvrager

Uw naam*

Zorginstelling*

Afdeling*

Plaats*

Telefoonnr.*

Functie*

AGB nummer*

Ingangsdatum gebruik thuis*

Datum aanvraag*

E-mailadres*

Contra indicaties

Indien één van de onderstaande indicaties van toepassing is bij de verzekerde dit aangeven:

Rookt de verzekerde?* ☐ Ja ☐ Nee
Is de verzekerde in staat de zuurstofvoorziening zelfstandig te gebruiken?* ☐ Ja ☐ Nee
Heeft de verzekerde Bleomycine gebruikt (in de afgelopen 12 maanden)?* ☐ Ja ☐ Nee

Diagnose

☐ COPD
☐ Hartfalen
☐ Cystic fibrosis
☐ Interstitiële longziekte
☐ Clusterhoofdpijn
☐ Longcarcinoom of metastasen
☐ Palliatief
☐ Bronchopulmonale dysplasie
☐ Terminaal stadium aandoening
☐ Zuurstof behandeling nachtelijke hypoxemie
☐ Zuurstofbehandeling voor hypoxemie tijdens inspanning
☐ Anders, namelijk

Bloedgaswaarden meting (indien van toepassing)

	Datum	PaO_2 kPa/mmHg	$PaCO_2$ kPa/mmHg	SaO_2 (%)	$SaCO_2$ (%)	Gemeten
1e meting						☐ In rust ☐ Tijdens inspanning ☐ Tijdens de nacht
2e meting						☐ In rust ☐ Tijdens inspanning ☐ Tijdens de nacht

Dosering zuurstof (l/min) en uren per dag

Overdag*

Tijdens slaap*

Tijdens inspanning*

Incidenteel*

Aantal uren per etmaal*

Pulse*

☐ Ja ☐ Nee

Toedieningswijze & activiteit

Toedieningswijze:

☐ Neusbril ☐ Zuurstofmasker ☐ Neuskatheter

☐ Transtracheaal microkatheter ☐ Anders, namelijk

Mobiliteit buitenshuis (frequentie):

☐ 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

Woonsituatie & aanvullende vragen

- 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
- Indien het woon-/verblijfadres niet op de begane grond is, is er een lift aanwezig? ☐ Ja ☐ Nee

Afronding

Ander leveringsadres

U kunt hier nog extra informatie aangeven

Handtekening*

VitalAire Nederland BV
Tel. 088 250 35 00
info.vitalaire-nl@airliquide.com
nl.vitalaire

Deze aanvraag kan enkel in behandeling genomen worden wanneer de verplichte velden ingevuld zijn. Alle velden met een * zijn verplicht. Let op: Dit is een conceptversie (test-PDF) ter consultatie en heeft geen officiële status.