



Betreft: 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

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

Gegevens apotheek verzekerde:

* Naam apotheek

* Plaats apotheek

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

* Is de verzekerde in staat de zuurstofvoorziening zelfstandig te gebruiken? Ja Nee

Diagnose:

COPD Interstitiële longziekte Longcarcinoom of metastasen Clusterhoofdpijn Hartfalen

Terminaal stadium aandoening Zuurstofbehandeling voor hypoxemie tijdens inspanning Cystic fibrosis COVID-19

Bronchopulmonale dysplasie Palliatief

Zuurstof behandeling nachtelijke hypoxemie Anders, namelijk:

Bloedgaswaarden meting (indien van toepassing):

| | |
|--|--|
| Datum 1e meting | Datum 2e meting |
| PaO ₂ kPa/mmHg | PaO ₂ kPa/mmHg |
| PaCO ₂ kPa/mmHg | PaCO ₂ kPa/mmHg |
| SaO ₂ 0% | SaO ₂ 0% |
| SaCO ₂ 0% | SaCO ₂ 0% |
| Gemeten <input type="checkbox"/> In rust <input type="checkbox"/> Tijdens inspanning <input type="checkbox"/> Tijdens de nacht | Gemeten <input type="checkbox"/> In rust <input type="checkbox"/> Tijdens inspanning <input type="checkbox"/> Tijdens de nacht |

* = verplicht veld

Dosering zuurstof in liters per minuut:

| | |
|----------------------|-------|
| * Overdag | l/min |
| * Tijdens slaap | l/min |
| * Tijdens inspanning | l/min |
| * Incidenteel | l/min |

Dosering zuurstof in uren per dag:

| | |
|--------------------------|-----|
| * Aantal uren per etmaal | uur |
| * Incidenteel | uur |

*** Neusgel:**

Ter voorkoming van neusklachten door zuurstofgebruik, aanvraag voor levering van hydrofiele neusgel (=recept & iters gedurende de periode dat de zuurstof wordt toegepast). Ja Nee

Ambulant buitenshuis:

- Niet ambulant
 1 tot 3 keer per week
 3 tot 7 keer per week
 7 keer of vaker per week

*** Handtekening:**

Toedieningswijze:

- Neusbril
 Zuurstofmasker
 Neuskatheter
 Transtracheaal microkatheter
 Anders, namelijk:

Duur per activiteit buitenshuis:

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

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
 Is de verzekerde in staat een mobiele zuurstofvoorziening te vullen aan een moedervat of moederinstallatie? Ja Nee

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

U kunt hier nog extra informatie aangeven:

VIVISOL Nederland BV

Swaardvenstraat 27 • 5048 AV Tilburg
 Postbus 4270 • 5004 JG Tilburg
 t +31 (0)13 - 523 10 22
 f +31 (0)13 - 523 10 29
 e zuurstof@vivosol.nl
www.vivosol.nl