

Aanvraagformulier zuurstof

- Graag het formulier faxen naar de afdeling hulpmiddelen, faxnummer (010) 2 043 596 -

Gegevens verzekerde

Voor- en achternaam _____ Geslacht M / V
Geboortedatum _____
Straatnaam en huisnummer _____
Postcode en plaats _____
Telefoonnummer _____
Polisnummer _____ Naam zorgverzekeraar _____
BSN-nummer _____ Telefoonnummer _____
Contactpersoon _____

(Alleen invullen indien een afwijkend afleveradres gewenst is)

Naam / instelling _____
Straatnaam en huisnummer _____
Postcode en plaats _____
Telefoonnummer _____

Gegevens aanvrager

Naam _____ Telefoon _____
Ziekenhuis _____ Datum aanvraag _____
Afdeling _____
Functie _____
Plaats _____ Handtekening _____

Diagnose

COPD Terminaal stadium aandoening
 Interstitiële longziekte Clusterhoofdpijn
 Longcarcinoom of -metastasen
 Anders, namelijk _____

Arteriële bloedgaswaarden meting

Datum 1e meting _____ Gemeten
PaO₂ _____ kPa/mmHg In rust
PaCO₂ _____ kPa/mmHg Tijdens inspanning
SaO₂ _____ % 's Nachts
SaCO₂ _____ %

Arteriële bloedgaswaarden 2e meting

(na minimaal 3 weken (OZT) of 6 weken (KZT))

Datum 2e meting _____ Gemeten
PaO₂ _____ kPa/mmHg In rust
PaCO₂ _____ kPa/mmHg Tijdens inspanning
SaO₂ _____ % 's Nachts
SaCO₂ _____ %

Aard zuurstoftherapie

- Korte termijn zuurstofbehandeling
- Palliatief
- Zuurstofbehandeling voor hypoxemie tijdens inspanning
- Zuurstofbehandeling voor nachtelijke hypoxemie
- Periodiek (clusterhoofdpijn)
- Onderhoudsbehandeling zuurstof thuis
- Stopzetten zuurstoftherapie

Dosering zuurstof

Overdag _____ liter per minuut
Tijdens slaap _____ liter per minuut

Dosering zuurstof

- Aantal uren per etmaal, namelijk _____
- Incidenteel

Toedieningswijze

- Neusbril
- Neuskatheter
- Transtracheale microkatheter

Aard zuurstoftherapie

- 0 tot 1 keer per week
- 1 tot 3 keer per week
- 3 tot 7 keer per week
- 7 keer of vaker per week

Overige relevante criteria

Is verzekerde gemotiveerd voor het gebruik van zuurstof? ja nee, waarom? _____

Rookt de verzekerde? ja nee

Is de verzekerde in staat de zuurstofvoorziening zelfstandig te gebruiken? ja nee

Is verzekerde voor zijn mobiliteit afhankelijk van andere hulpmiddelen? ja, namelijk _____ nee

Is verzekerde in staat een mobiele zuurstofvoorziening te vullen aan een moedervat of moederinstallatie? ja nee

Clïent gebruikt een of meerdere van de volgende geneesmiddelgroepen:

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Inhalatiecorticosteroiden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Parasympatholytica | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Corticosteroiden per oraal | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Dactinomycine (Lyovac cosmegen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Bleomycine (afgelopen 12 maanden) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

Woonsituatie verzekerde

Het woon- verblijfadres van de verzekerde is op de begane grond ja nee

Indien de woning van de verzekerde niet op de begane grond is, is er dan een lift aanwezig? ja nee

Extra informatie: _____

E-mailadres: _____

Soort mobiliteitsvoorziening

- M2 cilinders

Vloeibare zuurstof

- Helios
- Companion

Tijdens inspanning _____ liter per minuut

Incidenteel _____ liter per minuut

Ingangsdatum gebruik thuis _____

Contactpersoon thuis _____

Zuurstof masker

Anders, namelijk _____