

S.V.P. het formulier volledig invullen voor de juiste afhandeling van uw aanvraag.  
Deze aanvraag sturen per e-mail naar: [info@medidis.nl](mailto:info@medidis.nl)

## Gegevens Verzekerde:

Voornaam: \_\_\_\_\_  
Achternaam: \_\_\_\_\_  
Geslacht: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Straatnaam: \_\_\_\_\_  
Huisnummer: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_  
Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer vast: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer mobiel: \_\_\_\_\_  
E-mailadres: \_\_\_\_\_  
Naam zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_  
Polisnummer: \_\_\_\_\_  
BSN: \_\_\_\_\_  
Contactpersoon thuis: \_\_\_\_\_

## Gegevens apotheek verzekerde:

Naam apotheek: \_\_\_\_\_  
Plaats apotheek: \_\_\_\_\_

## Alleen invullen indien 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: \_\_\_\_\_

## 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       Cystic fibrosis       Palliatief  
 Bronchopulmonale dysplasie       Zuurstofbehandeling voor hypoxemie tijdens inspanning  
 Zuurstofbehandeling nachtelijke hypoxemie       Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

## Bloedgaswaarden meting (indien van toepassing):

Datum eerste meting: \_\_\_\_\_  
PaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ kPa/mmHG \_\_\_\_\_  
PaCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ kPa/mmHG \_\_\_\_\_  
SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ 0% \_\_\_\_\_  
SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ 0% \_\_\_\_\_

Gemeten:  In rust  Tijdens inspanning  Tijdens de nacht

Datum tweede meting: \_\_\_\_\_  
PaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ kPa/mmHG \_\_\_\_\_  
PaCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ kPa/mmHG \_\_\_\_\_  
SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ 0% \_\_\_\_\_  
SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ 0% \_\_\_\_\_

Gemeten:  In rust  Tijdens inspanning  Tijdens de nacht

**Dosering zuurstof in liters per minuut**

Overdag: \_\_\_\_\_ l/min

Tijdens slaap: \_\_\_\_\_ l/min

Tijdens inspanning: \_\_\_\_\_ l/min

Incidenteel: \_\_\_\_\_ l/min

**Toedieningswijze:**

- Neusbril
- Zuurstofmasker
- Neuskatheter
- Trans tracheaal microkatheter
- Anders, namelijk: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Dosering zuurstof in uren per dag**

Aantal uren per etmaal: \_\_\_\_\_

Aantal uren incidenteel: \_\_\_\_\_

**Duur per activiteit buitenshuis**

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

**Ambulant buitenshuis**

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

**Geeft u akkoord voor het gebruik van een bespaarsysteem?**

- Ja
- Nee

**Overige relevante criteria**Is de verzekerde voor zijn mobiliteit afhankelijk van verdere hulpmiddelen  Ja  NeeWordt er door de huisgenoten van de verzekerde gerookt?  Ja  NeeIs 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  NeeIndien het woon- verblijfadres niet op de begane grond is, is er een lift aanwezig?  Ja  Nee**Handtekening****U kunt hier nog extra informatie aangeven:**


---



---