

S.V.P. het formulier volledig invullen voor de juiste afhandeling van uw aanvraag.
Deze aanvraag sturen per e-mail naar: 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:

- | | | | | |
|--|---|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Interstitiële longziekte | <input type="checkbox"/> Longcarcinoom of metastasen | <input type="checkbox"/> Clusterhoofdpijn | <input type="checkbox"/> Hartfalen |
| <input type="checkbox"/> Terminaal stadium aandoening | | <input type="checkbox"/> Cystic fibrosis | <input type="checkbox"/> Palliatief | |
| <input type="checkbox"/> Bronchopulmonale dysplasie | | <input type="checkbox"/> Zuurstofbehandeling voor hypoxemie tijdens inspanning | | |
| <input type="checkbox"/> Zuurstofbehandeling nachtelijke hypoxemie | | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____ | | |

Bloedgaswaarden meting (indien van toepassing):

Datum eerste meting: _____

Datum tweede meting: _____

PaO₂ _____ kPa/mmHG _____

PaO₂ _____ kPa/mmHG _____

PaCO₂ _____ kPa/mmHG _____

PaCO₂ _____ kPa/mmHG _____

SaO₂ _____ 0% _____

SaO₂ _____ 0% _____

SaO₂ _____ 0% _____

SaO₂ _____ 0% _____

Gemeten:

In rust Tijdens inspanning Tijdens de nacht

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 criteriaIs 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:**

