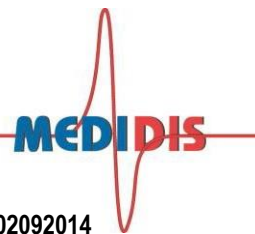


Stopzetten therapie /  Wijzigen therapie



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)

RF 107 REV.1\_02092014

**Gegevens Verzekerde:**

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

**Gegevens aanvrager:**

Uw naam: \_\_\_\_\_  
Zorginstelling: \_\_\_\_\_  
Afdeling: \_\_\_\_\_  
Plaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
Functie: \_\_\_\_\_  
AGB nummer: \_\_\_\_\_  
E-mailadres: \_\_\_\_\_  
Datum aanvraag: \_\_\_\_\_  
Ingangsdatum gebruik thuis: \_\_\_\_\_

**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: _____                               |   |                                    |

*Alleen bij wijziging invullen*

**Dosering zuurstof in liters per minuut**

Overdag: \_\_\_\_\_ l/min  
Tijdens slaap: \_\_\_\_\_ l/min  
Tijdens inspanning: \_\_\_\_\_ l/min  
Incidenteel: \_\_\_\_\_ l/min

*Alleen bij wijziging invullen*

**Dosering zuurstof in liters per minuut**

Overdag: \_\_\_\_\_ l/min  
Tijdens slaap: \_\_\_\_\_ l/min  
Tijdens inspanning: \_\_\_\_\_ l/min  
Incidenteel: \_\_\_\_\_ l/min

*Alleen bij wijziging invullen*

**Dosering zuurstof in uren per dag**

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

*Alleen bij wijziging invullen*

**Dosering zuurstof in uren per dag**

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

Medidis B.V.  
Archimedeslaan 11  
8218 ME LELYSTAD

Tel .nr.: (+31) 0320-267600

E-mail: [info@medidis.nl](mailto:info@medidis.nl)  
Website: [www.medidis.nl](http://www.medidis.nl)

**Huidige apparatuur**

- Concentrator tot 5 liter per minuut
- Concentrator tot 9 liter per minuut
- Noodcilinder
- Mobiliteitscilinder continue
- Mobiliteitscilinder demand
- Vloeibaar continue
- Vloeibaar demand
- Mobiele concentrator continu
- Mobiele concentrator demand
- Thuisvulstelsysteem continue
- Thuisvulstelsysteem demand

**Wijzigingsvoorstel apparatuur**

- Concentrator tot 5 liter per minuut
- Concentrator tot 9 liter per minuut
- Noodcilinder
- Mobiliteitscilinder continue
- Mobiliteitscilinder demand
- Vloeibaar continue
- Vloeibaar demand
- Mobiele concentrator continu
- Mobiele concentrator demand
- Thuisvulstelsysteem continue
- Thuisvulstelsysteem demand

**Handtekening**

**U kunt hier nog extra informatie aangeven:**

---

---

---