

## Gegevens verzekerde




Naam en voorletters: .....  
Geboortedatum: .....  
Straat en huisnummer: .....  
Postcode/woonplaats: .....  
Telefoonnummer: .....  
Relatienummer: .....

## Gegevens voorschrijver



Naam: ..... Telefoonnummer: .....  
Ziekenhuis: ..... Datum invulling: .....  
Functie: .....  
Plaats: ..... Handtekening: .....

betreffend hokje aankruisen 

### Diagnose:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> COPD                         | <input type="checkbox"/> Terminaal stadium aandoening |
| <input type="checkbox"/> Interstitiële longziekte     | <input type="checkbox"/> Clusterhoofdpijn             |
| <input type="checkbox"/> Longcarcinoom of -metastasen |   |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk .....       |   |

### Status aanvraag (in te vullen door de leverancier):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Melding (aanvraag = machtiging) | <input type="checkbox"/> Aanvraag (aanvraag = machtiging) |
|--|---|

### Arteriële bloedgaswaarden meting:

Datum 1e meting: .....	Gemeten
PaO2: ..... kPa/mmHg	<input type="checkbox"/> in rust
PaCO2: ..... kPa/mmHg	<input type="checkbox"/> tijdens inspanning
SaO2: ..... %	<input type="checkbox"/> 's nachts

### Arteriële bloedgaswaarden 2e meting (na minimaal 3 weken (OZT) of 6 weken (KZT))\*:

Datum 2e meting: .....	Gemeten
PaO2: ..... kPa/mmHg	<input type="checkbox"/> in rust
PaCO2: ..... kPa/mmHg	<input type="checkbox"/> tijdens inspanning
SaO2: ..... %	<input type="checkbox"/> 's nachts

### Aard zuurstoftherapie:\*

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Korte termijn zuurstofbehandeling thuis               |
| <input type="checkbox"/> Palliatief  |
| <input type="checkbox"/> Zuurstofbehandeling voor hypoxemie tijdens inspanning |
| <input type="checkbox"/> Zuurstofbehandeling voor nachtelijke hypoxemie        |
| <input type="checkbox"/> Periodiek (cluster hoofdpijn)                         |
| <input type="checkbox"/> Onderhoudsbehandeling zuurstof thuis                  |
| <input type="checkbox"/> Stopzetten zuurstoftherapie                           |

\* de gearceerde delen alleen invullen bij de 2e meting

**Dosering zuurstof:**

Overdag: ..... liter per minuut

Tijdens slaap: ..... liter per minuut

Tijdens inspanning: ..... liter per minuut

Incidenteel: ..... liter per minuut

**Gebruiksduur:** Aantal uren per etmaal, namelijk ..... Incidenteel: .....

Ingangsdatum gebruik thuis: .....

Contactpersoon thuis: .....

**Toedieningswijze:** Neusbril Neuskatheter Transtracheale microkatheter Zuurstofmasker Anders, namelijk: .....**Ambulant buitenshuis:** Niet ambulant 0 tot 1 uur ambulant per dag 1 tot 2 uur ambulant per dag 2 uur of meer ambulant per dag**Frequentie ambulant buitenshuis:** 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 de verzekerde voor zijn mobiliteit afhankelijk van andere hulpmiddelen?

 ja, namelijk ..... nee

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

 ja nee**Woonsituatie verzekerde:**

Het woon- of verblijfadres van de verzekerde is

 op de begane grond niet op de begane grond

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

 ja nee