

**Betreft: Terugkoppelformulier van zuurstofleverancier aan voorschrijver*** = *verplicht veld***Gegevens verzekerde:**

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht M V _____

* Geboortedatum _____

* Straatnaam _____

* Huisnummer _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telefoonnummer vast _____

* Telefoonnummer mobiel _____

* E-mailadres _____

* Naam zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN-nummer _____

* Contactpersoon thuis _____

Algemeen:

* Zuurstof afgeleverd Ja Nee

* Zuurstof uitleg begrepen Ja Nee

* Bevochtiging noodzakelijk Ja Nee

* Rookt de verzekerde? Ja Nee

* Rookt de omgeving? Ja Nee

*** Zuurstofvoorziening afgeleverd:**

Concentrator tot 5 liter per minuut

Concentrator tot 9 liter per minuut

Noodcilinder

Mobiliteitscilinder continu

Mobiliteitscilinder demand

Vloeibaar continu

Vloeibaar demand

Mobiele concentrator continu

Mobiele concentrator demand

Thuisvulstelsysteem

* Handtekening service medewerker

Gegevens apotheek verzekerde:

* Naam apotheek _____

* Plaats apotheek _____

Aanpassing mobiliteitsvoorziening noodzakelijk?

2 liter cilinders

Vloeibaar demand

Vloeibaar continu

Mobiele concentrator

Thuisvulstelsysteem

Toedieningswijze:

Neusbril

Zuurstofmasker

Zuurstofkatheter

Transtracheaal microkatheter

Anders, namelijk _____

Dosering zuurstof in liters per minuut:

* Overdag _____ l/min

* Tijdens slaap _____ l/min

* Tijdens inspanning _____ l/min

* Incidenteel _____ l/min

Dosering zuurstof in uren per dag:

* Aantal uren per etmaal _____ uur

* Incidenteel _____ uur

Overige relevante informatie:

* Het woon- verblijfadres van de _____ Ja Nee
verzekerde is op de begane grond

U kunt hier extra informatie aangeven:
