

S.V.P. het formulier volledig invullen voor de juiste afhandeling van uw aanvraag.
Deze aanvraag faxen naar: 0320 267 601 of 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:

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: _____
PaO₂ _____ kPa/mmHG _____
PaCO₂ _____ kPa/mmHG _____
SaO₂ _____ 0% _____
SaO₂ _____ 0% _____
Gemeten: In rust Tijdens inspanning Tijdens de nacht

Datum tweede meting: _____
PaO₂ _____ kPa/mmHG _____
PaCO₂ _____ kPa/mmHG _____
SaO₂ _____ 0% _____
SaO₂ _____ 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 ambulante
 0 tot 1 uur
 1 tot 2 uur
 2 uur of meer

Ambulant buitenshuis

- Niet ambulante
 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 Nee

Wordt er door de huisgenoten van de verzekerde gerookt? Ja Nee

Is 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 Nee

Indien het woon- verblijfadres niet op de begane grond is, is er een lift aanwezig? Ja Nee

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