

## Aanvraagformulier Zuurstoftherapie thuis

### Gegevens verzekerde

Voorletters + naam \_\_\_\_\_ Telefoonnummer \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_ E-mailadres \_\_\_\_\_  
Postcode \_\_\_\_\_ BSN nummer \_\_\_\_\_  
Plaats \_\_\_\_\_ Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_\_ Polisnummer \_\_\_\_\_

Total Care levert alleen zuurstof via de volgende gecontracteerde zorgverzekeraars: VGZ, Menzis, VRZ, Caresq, ASR, Zilveren Kruis Achmea en DSW

### Afleveradres (indien afwijkend van het woonadres)

Naam instelling \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Postcode \_\_\_\_\_  
Woonplaats \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer \_\_\_\_\_

### Gegevens aanvrager

Naam instelling \_\_\_\_\_ Datum aanvraag \_\_\_\_\_  
Specialist \_\_\_\_\_ Ingangsdatum gebruik \_\_\_\_\_  
Afdeling \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer \_\_\_\_\_  
E-mailadres \_\_\_\_\_  
AGB nummer \_\_\_\_\_

### Gegevens apotheek verzekerde

Naam apotheek \_\_\_\_\_  
Plaats apotheek \_\_\_\_\_

### Contra indicatie: indien één van de onderstaande indicaties van toepassing is toepassing is bij de verzekerde dit aangeven:

Rookt de verzekerde  Ja  Nee  
Gebruikt de verzekerde Bleomycine  Ja  Nee

### Diagnose

- COPD  Interstitiële longziekte  
 Longcarcinoom of metastasen  Terminaal stadium aandoening  
 Clusterhoofdpijn  Zuurstof behandeling nachtelijke hypoxemie  
 Bronchopulmonale dysplasie  Palliatief  
 Cystic fibrose  Hartfalen  
 Zuurstofbehandeling voor hypomexie tijdens inspanning  
 Anders namelijk

## Aanvraagformulier Zuurstoftherapie thuis

### Dosering zuurstof in liters per minuut:

Overdag \_\_\_\_\_ l/minuut

Tijdens slaap \_\_\_\_\_ l/minuut

Tijdens inspanning \_\_\_\_\_ l/minuut

Incidenteel \_\_\_\_\_ l/minuut

### Dosering zuurstof in uren per dag

Aantal uren per etmaal \_\_\_\_\_ uur

Incidenteel \_\_\_\_\_ uur

### Gegevens verzekerde

Niet ambulante

3 tot 7 keer per week

7 keer of vaker per week

### Toedieningswijze

Neusbril

Transtracheaal microkatheter

Neuskatheter

Zuurstofmasker

### Duur per activiteit buitenshuis

0 tot 1 uur

1 tot 2 uur

2 uur of meer

### 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

### Wenst u terugkoppeling te ontvangen van de zuurstofleverancier over de geleverde zuurstof?

Ja

Nee

### Extra opmerkingen

---

---

Datum invulling \_\_\_\_\_

Handtekening voorschrijver \_\_\_\_\_