

Gegevens verzekerde

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

Gegevens voorschrijver

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

Diagnose:

- COPD Terminaal stadium aandoening
 Interstitiële longziekte Clusterhoofdpijn
 Longcarcinoom of -metastasen
 Anders, namelijk _____

Contra indicaties:

Indien één van onderstaande indicaties van toepassing is bij de verzekerden graag dit aangeven.

- Lazy Lung Syndrom
 Klaplong
 Eerder behandelde zuurstofradicaalschade aan de long
 sterk werkende schildklier
 Gebrek aan vitamine C, E of glutathion

Co-medicatie:

Zuurstoftoediening kan de gewenste en ongewenste effecten van onderstaande geneesmiddelen doen toenemen of afnemen. Indien de verzekerde gebruik maakt van één van onderstaande geneesmiddelen graag dit aangeven.

- Amiodaron Trastuzumab (Herceptin®) Thioridazine
 Bleomycine Menadion Chloroquine
 Actinomycine Promazine Parasympatholytica
 Corticosteroiden Chloorpromazine Dactinomycine
 Adriamycine

Status aanvraag (in te vullen door de leverancier):

- Melding (aanvraag = akkoordverklaring) Aanvraag (aanvraag = akkoordverklaring)

Arteriële bloedgaswaarden meting:

Datum 1^e meting: _____ Gemeten
PaO₂: _____ kPa/mmHg in rust
PaCO₂: _____ kPa/mmHg tijdens inspanning
SaO₂: _____ % 's nachts

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

Datum 2^e meting: _____ Gemeten
 PaO₂: _____ kPa/mmHg in rust
 PaCO₂: _____ kPa/mmHg tijdens inspanning
 SaO₂: _____ % 's nachts

Aard zuurstoftherapie:*

- Korte termijn zuurstofbehandeling thuis
- Palliatief
- Zuurstofbehandeling voor hypoxemie tijdens inspanning
- Zuurstofbehandeling voor nachtelijke hypoxemie
- Periodiek (cluster hoofdpijn)

- Onderhoudsbehandeling zuurstof thuis
- Stopzetten zuurstoftherapie

* de oranje omkaderde delen alleen invullen bij de 2^e meting

Dosering zuurstof:

Overdag: _____ liter per minuut Tijdens inspanning: _____ liter per minuut
 Tijdens slaap: _____ liter per minuut Incidenteel: _____ liter per minuut

Gebruiksduur:

Aantal uren per etmaal, namelijk _____ Ingangsdatum gebruik thuis: _____
 Incidenteel: _____ Contactpersoon thuis: _____

Toedieningswijze:

- Neusbril Zuurstofmasker
- Neuskatheter Anders, namelijk: _____
- Transtracheale microkatheter

Ambulant buitenshuis: Frequentie ambulant buitenshuis:

- Niet ambulant 0 tot 1 keer per week
- 0 tot 1 uur ambulant per dag 1 tot 3 keer per week
- 1 tot 2 uur ambulant per dag 3 tot 7 keer per week
- 2 uur of meer ambulant per dag 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

Paraaf voor akkoord apothekhoudende apotheker

beoordelingsdatum _____
 naamstempel

AGB Code aanvrager: _____