

Gegevens cliënt

Naam**	Voornaam	Aanspreking
Straatnaam & nr*	Postcode*	Woonplaats*
Geboortedatum*	Telefoonnr.*	
E-mail*	GSM	
Zorgverzekeraar*	Polisnummer*	
Aanvraag reeds bij zorgverzekeraar	Nee	Ja

Ziektebeeld

Ziektebeeld	Therapie start/onslag
Mate van mobiliteit	

Gegevens aanvrager

Thuiszorg ingeschakeld?	Nee	Ja, naam thuiszorg
Contactpersoon thuiszorg		Telefoonnr.
Instructie gewenst?	Nee	Ja

Benodigd materiaal

Bewakingsmonitor voor				
Infuuspomp, type	Infuusstandaard nodig	Nee	Ja	
Toedieningsweg	Toedieningssnelheid	ml/u	Volume per 24u	ml/u
Toedieningswijze	Naald (soort en maat)			
	Manchet		Maat	
Uitzuigapparatuur voor				
Vernevelaar	Type medicatie			
Zuurstof	Aantal liter/min		Uren/etmaal	
Andere apparatuur				
Opmerkingen				

Gegevens voorschrijver

Naam voorschrijver*	Naam instelling*
Straatnaam & nr.*	Postcode* Plaats*
Telefoonnr.*	E-mail*
Datum aanvraag*	AGB-code*
Uw ordernummer	Handtekening voorschrijver*

> **Zuurstoftherapie. Aanvraag zuurstofbehandeling.**

Dosering zuurstof in liters per minuut	Overdag*		Tijdens slaap*		l/min	
	Tijdens inspanning*	l/min	Incidenteel*		l/min	
Dosering zuurstof in uren per dag	Aantal uren per etmaal*	uur	Incidenteel*		uur	
Toedieningswijze	Neusbril	Zuurstofmasker	Neuskatheter	Transtracheaal microkatheter		
	Anders, namelijk					
Neusgel	Ter voorkoming van neusklachten door zuurstofgebruik, aanvraag voor levering van hydrofiele neusgel (=recept & liters gedurende de periode dat zuurstof wordt toegepast).			Ja	Nee	
Ambulant buitenshuis	Niet ambulant	1 tot 3 keer per week	3 tot 7 keer per week	7 keer of vaker per week		
Duur per activiteit buitenshuis	Niet ambulant	0 tot 1 uur	1 tot 2 uur	2 uur of meer		
Duur per activiteit buitenshuis	Is de verzekerde voor zijn mobiliteit afhankelijk van andere hulpmiddelen?				Ja	Nee
	Wordt er door huisgenoten van de verzekerde gerookt?				Ja	Nee
	Is de verzekerde in staat een mobiele zuurstofvoorziening te vullen aan een moedervat of moederinstallatie?				Ja	Nee
	Het woon-/verblijfadres van de verzekerde is op de begane grond:				Ja	Nee
Woonsituatie verzekerde	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



Air Liquide Homecare Nederland BV
Tel. 088 250 35 01
zuurstof.homecare-nl@airliquide.com
nl.vitalaire.com