



Gegevens verzekerde



Naam + voorletters:

Geboortedatum:

Straat en huisnummer:

Postcode/woonplaats:

Telefoonnummer:

Relatienummer:

Gegevens voorschrijver



Naam: Telefoon:

Ziekenhuis: Datum invulling:

Functie:

Plaats: Handtekening:

betreffend hokje aankruisen / doorhalen wat niet van toepassing is



Diagnose:

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

Status aanvraag (in te vullen door de leverancier):

- Melding (aanvraag = machtiging)
- Aanvraag (aanvraag = machtiging)

Arteriële bloedgaswaarden meting:

Datum 1e 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 2e 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 gearceerde delen alleen invullen bij de 2e meting

