



Westfalen Gassen Nederland BV - Postbus 779 - 7400 AT - Deventer

Westfalen Gassen Nederland
Rigastraat 20
7418 EW Deventer
Tel. +31 (0)570 – 85 84 50
Fax +31 (0)570 – 85 84 51
medisch@westfalengassen.nl
www.westfalengassen.nl

Aanvraagformulier zuurstof thuis

Gegevens verzekerde	
Naam+ voorletters
Geboortedatum
Straat en huisnummer
Postcode en woonplaats
Telefoonnummer
Relatienummer

Gegevens voorschrijver	
Naam	Telefoon
Ziekenhuis	Datum invulling
Functie
Plaats	Handtekening

Betreffende hokje aankruisen / doorhalen wat niet van toepassing is

Diagnose:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Terminaal stadium aandoening |
| <input type="checkbox"/> Interstitiele longziekte | <input type="checkbox"/> Clusterhoofdpijn |
| <input type="checkbox"/> Longcarcinoom of -metastasen | |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk | |

Status aanvraag (in te vullen door de leverancier:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Melding (aanvraag = Machtiging) | <input type="checkbox"/> Aanvraag (aanvraag = machtiging) |
|--|---|

Arteriële bloedgaswaarden meting

Datum 1e meting	Gemeten	
PaO2	kPa/mmHg	<input type="checkbox"/> In rust
PaCO2	kPa/mmHg	<input type="checkbox"/> Tijdens inspanning
SaO2	%	<input type="checkbox"/> 's Nachts

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

Datum 2e meting	Gemeten	
PaO2	kPa/mmHg	<input type="checkbox"/> In rust
PaCO2	kPa/mmHg	<input type="checkbox"/> Tijdens inspanning
SaO2	%	<input type="checkbox"/> 's Nachts

*de gearceerde delen alleen invullen bij de 2e meting





Aard zuurstoftherapie.*:

- Korte termijn zuurstofbehandeling thuis
- Palliatief
- Zuurstofbehandeling voor hypoxemie tijdens inspanning
- Zuurstofbehandeling voor nachtelijke hypoxemie
- Periodiek (clusterhoofdpijn)
- Onderhoudsbehandeling zuurstof thuis
- Stopzetten zuurstoftherapie

Dosering Zuurstof:

Overdag Liter per minuut Tijdens Inspanning Liter per minuut
Tijdens Slaap Liter per minuut Incidenteel Liter per minuut

Dosering Zuurstof:

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

Toedieningswijze:

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

Ambulant buitenshuis:

- Niet ambulant
- 0 tot 1 uur ambulant per dag
- 1 tot 2 uur ambulant per dag
- 2 uur of meer ambulant per dag

Frequentie ambulant buitenshuis:

- 0 tot 1 uur per week
- 1 tot 3 keer per week
- 3 tot 7 keer per week
- 7 keer of vaker per week

Overige relevante criteria

- Is verzekerderde 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- verblijfadres van de verzekerde is: Op de begane grond
 Niet op de begane grond
- Indien de woning van de verzekerde niet op de begane grond is, is er dan een lift aanwezig? Ja
 nee

