

Zuurstof

Gegevens verzekerde

Naam en voorletters: _____

Straat en huisnummer: _____

Postcode / woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Relatienummer: _____

Telefoonnummer: _____

Gegevens voorschrijver

Naam: _____

Telefoonnummer: _____

Ziekenhuis: _____

Datum invulling: _____

Functie: _____

Plaats: _____

Handtekening: _____

betreffend hokje aankruisen

Diagnose:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Terminaal stadium aandoening |
| <input type="checkbox"/> Interstitiële 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 = akkoordverklaring) | <input type="checkbox"/> 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 2^e 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

* de gearceerde delen alleen invullen bij de 2^e meting

