



NB: wij nemen alleen volledig ingevulde aanvraagformulieren in behandeling met medische motivatie ingevuld bij 'onderbouwing'.

Persoonlijke gegevens:

| | |
|--------------|------------------|
| Naam: | Voorletters: |
| Adres: | Postcode: |
| Woonplaats: | Telefoonnummer: |
| E-mailadres: | Mobiele nummer: |
| BSN: | Geboortedatum: |
| Polisnummer: | Zorgverzekeraar: |

Diagnose

COPD, Goldstadium: COVID-19 Anders:

Onderbouwing

Aantal ziekenhuisopnames in de afgelopen 12 maanden: Aantal polibezoeken in de afgelopen 12 maanden:

1. Geef toelichting wat de hoge ziektelast betekent voor deze patiënt:

2. Welke andere voorliggende therapieën zijn geprobeerd?



VIVISOL

Home Care Services

3. Beschrijf wat de te verwachten opbrengst is voor de patiënt wanneer deze thuis behandeld wordt met nasal High Flow Therapie:

4. Is de patiënt goed instrueerbaar, in staat om met de therapie om te gaan en gemotiveerd om therapie te gebruiken?

5. Is de patiënt behandeld met nasal High Flow Therapie tijdens de ziekenhuisopname? Indien ja, beschrijf de ervaring en resultaten:



VIVISOL

Home Care Services

Toedieningswijze

Volwassenen

Kind

Wiggle Pads (Fixatiepleisters)? Ja, maat:

Nee

Nasale interface, maat:

S M L

Tracheale interface

Anders:

Zuurstoftherapie

Heeft de patiënt momenteel zuurstoftherapie?

Ja, via leverancier:

Nee

Is er aanvullend zuurstoftherapie van VIVISOL nodig?

Ja

Nee

Instellingen

Flow: ltr/min

Temperatuur: °C

Optioneel:

O2: ltr/min

of

Gewenste FiO2:

%

Consignatie

Geleverd uit consignatie?

Ja, serienummer:

Nee

Badgenummer disposables:

Gegevens voorschrijver

Naam:

Aanhef:

Functie:

Naam ziekenhuis/praktijk:

Telefoon:

E-mail:

Datum van aanvraag:

Handtekening:

VIVISOL Nederland BV
Swaardvenstraat 27
5048 AV Tilburg
Postbus 4207
5004 JG Tilburg
t +31 (0)13 - 523 10 22
e zuurstof@vivisol.nl
www.vivisol.nl

VIV-B2B-AANVR-NHFT-V021222