

AANVRAAGFORMULIER VOOR RESPIRATIEMONITORING THUIS

TEL: 013 5231022 FAX: 013 5231029 E-MAIL: zuurstof@vivisol.nl

WIJ NEMEN ENKEL VOLLEDIG INGEVULDE AANVRAAGFORMULIEREN IN BEHANDELING

Naam	Telefoonnummer
Voorletters	Mobiel nummer
Geslacht	Contactpersoon
Adres	Tel. contactpersoon
Geboortedatum	Zorgverzekeraar
Postcode / plaats	Polisnummer

Medische indicatie en motivatie waarvoor de voorziening wordt aangevraagd:

Heeft patiënt al zuurstof therapie thuis?

- Ja
 Nee

Welke leverancier heeft de patiënt voor de zuurstof?

- VIVISOL Nederland
 Anders, namelijk:

Instelling van de respiratiemonitor:

Hartslag:

Saturatie bovengrens:

Saturatie ondergrens:

Gewicht patiënt:

Apneutijd:

Moet de respiratiemonitor uitleesbaar zijn?

- Ja, omdat:
 Nee

Welke handelingen worden er door de patiënt verricht als de saturatie daalt?

Gewenste leverdatum

Gegevens voorschrijver

Naam	Functie
Ziekenhuis/praktijk	Telefoonnummer
Inkoopordernummer	Machtiging tot
Datum aanvraag	Handtekening