

**AANVRAAGFORMULIER VOOR SATURATIEMONITORING 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 saturatiemonitor:**

Hartslag:

Saturatie bovengrens:

Saturatie ondergrens:

Gewicht patiënt:

**Moet de saturatiemonitor 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