

Aanvraag voor machtiging tot vergoeding
Demande d'autorisation de remboursement

KORTE TERMIJN ZUURSTOF THERAPIE**OXYGÉNOTHÉRAPIE DE COURTE DURÉE**

Datum	<input type="checkbox"/>	<u>Duur - Durée</u> 1 maand – mois	Zuurstofconcentrator Concentrateur d'oxygène	
Date	<input type="checkbox"/>	2 maanden – mois	Gasvormige zuurstof	
	<input type="checkbox"/>	3 maanden – mois	Oxygène gazeux en bouteilles	

AANVRAGER – DEMANDEUR

Naam en voornaam
 Nom et prénom
 Tel.

RECHTHEBBENDE - BÉNÉFICIAIRE

Naam en voornaam
 Nom et prénom

NN. of geboortedatum
 NN. ou date de naissance

ACUTE HYPOXEMIE**HYPOXÉMIE AIGUË**

Diagnose Diagnostic	
Omschrijving van de klachten Description des plaintes	
<u>En/of</u> <u>Et/ou :</u>	
SaO2	

Stempel en handtekening

Cachet et signature

Datum

Date