

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**

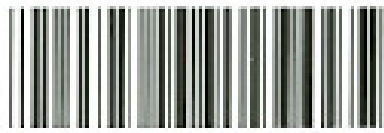
Diagnose Diagnostic	
Omschrijving van de klachten Description des plaintes	
<i>En/of</i> <i>Et/ou :</i>	
SaO2	

Stempel en handtekening

Cachet et signature

Datum

Date



0.00000.00.000

Naam en voornaam van de voorschrijver

DOOR DE VOORSCHRIJVER IN TE VULLEN:

Naam en voornaam

van de rechthebbende:

Voorbehouden aan het
verpakkingsvignet

R/

Oxycure Concentrator

Datum (Dag/Maand/Jaar)

Dosering (liter/min. en uren/dag)

Bevochtiging

Reserve fles 1 m³

Derdebetalersregeling van toepassing
(indien palliatief statuut)

Stempel van de voorschrijver

Datum en handtekening van de
voorschrijver

Uitvoerbaar vanaf voornoemde
datum of vanaf:

GENEESMIDDELENVOORSCHRIFT