

**Aanvraag voor machtiging tot vergoeding**  
**Demande d'autorisation de remboursement**

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

Datum Date	Zuurstofconcentrator Concentrateur d'oxygène	
	Gasvormige zuurstof 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