

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 AIGÜE**

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