

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 En/of Et/ou SaO2	

Stempel en handtekening
 Cachet et signature
 Datum
 Date