

INSTALLATIEAANVRAAG - DEMANDE D'INSTALLATION

WOONZORCENTRUM

MAISON DE REPOS

Naam - Nom Adres - Adresse	Tel
-----------------------------------	-----

PATIËNT

PATIENT

Naam Nom	NN
Verdiep Etage	Kamer Chambre

VOORSCHRIJVENDE ARTS

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Naam - Nom Adres - Adresse	Tel
-----------------------------------	-----

APOTHEEK

PHARMACIE

Naam - Nom Adres - Adresse	Tel
-----------------------------------	-----

MATERIAAL TE INSTALLEREN

MATÉRIEL À INSTALLER

<input type="checkbox"/> Zuurstofconcentrator Oxycure <input type="checkbox"/> Reservefles 1 m ³ <input type="checkbox"/> Zuurstofconcentrator Oxycure / Reserve ○ Uren saldo	<input type="checkbox"/> Concentrateur Oxycure <input type="checkbox"/> Bouteille de réserve Oxycure 1m ³ <input type="checkbox"/> Concentrateur Oxycure / Réserve ○ Solde heures
---	---

BEHANDELING EN TEGENMOETKOMING RIZIV

TRAITEMENT ET INTERVENTIONS INAMI

Debiet (LPM) . Débit (LPM) Uren/dag . Heures/jour Bevochtiger JA NEE Humidificateur OUI NON	<input type="checkbox"/> Acute hypoxemie Hypoxémie aigüe <input type="checkbox"/> Palliatief statuut Statut palliatif <input type="checkbox"/> Oxycure Prepaid 3 (Zonder tegemoetkoming – sans remboursement)
---	--

Datum - Date
 Handtekening aanvrager
 Signature demandeur