

Aanvraagformulier CPAP therapie

Zorgverzekeraar

Patiënt gegevens

Naam en sexe

Adres

Postcode en woonplaats

Geboortedatum

Zorgverzekeraar

Polisnummer

Nieuwe Patient

Ja / Nee

Patiënt reeds in bezit van een OSAS-apparaat of MRA-beugel?

Ja Nee

Afzender

Naam instelling

Naam specialist

Medische indicatie OSAS

Apneu index:

Voor _____ Na _____ (aantal per uur)

Apneu/Hypopneu index

_____ (aantal per uur)

Desaturatie index

_____ (aantal per uur)

Laagste desaturatie

_____ %

Respiratory Arousal index

_____ (aantal per uur)

BMI

Anders

Onderzoeksmethode

Datum onderzoek

Bijlage

0 diagnose polygrafie rapport

0 onderzoeks resultaten proefplaatsing

0 anders _____

Klachten

Voor **Na**
0 (afwezig), + (licht tot matig), ++ (ernstig)

Concentratiestoornissen

Hypersomnolentie overdag

Stemmingsstoornissen

Verhoogde prikkelbaarheid

Apparatuur CPAP Therapie

CPAP / APAP / FLEX / BPAP

Luchtbevochtiger

Ja / Nee

Drukinstelling

_____ cm H₂O

Ramp/Drukopbouw

_____ minuten

Proefplaatsingperiode

_____ tot _____

Proefplaatsing succesvol

Ja / ~~Nee~~

Opmerkingen

Handtekening + Naamstempel:

datum: