

## Aanvraagformulier Slaappositie Trainer (SPT)

### 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

<b>Voor</b>	<b>Na</b>
0 (afwezig), + (licht tot matig), ++ (ernstig)	

Concentratiestoornissen

_____	_____
-------	-------

Hypersomnolentie overdag

_____	_____
-------	-------

Stemmingsstoornissen

_____	_____
-------	-------

Verhoogde prikkelbaarheid

_____	_____
-------	-------

### Apparatuur CPAP Therapie

CPAP / APAP / FLEX / BPAP

Luchtbevochtiger

Ja / Nee

Drukinstelling

\_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

Ramp/Drukopbouw

\_\_\_\_\_ minuten

Proefplaatsingperiode

\_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

Proefplaatsing succesvol

Ja / ~~Nee~~

Opmerkingen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Handtekening + Naamstempel:

datum: