



Akkoordverklaring PAP-therapie

* Verplicht veld

Gegevens verzekerde

* Voornaam		
* Achternaam		
* Geslacht	☐ M	☐ V
* Geboortedatum		
* Adres		
* Postcode		
* Woonplaats		
* Telefoonnummer		
Tweede telefoonnummer		
E-mailadres		
* Zorgverzekeraar		
* Polisnummer		
* BSN		

Gegevens medisch specialist

* Uw naam	
* Zorginstelling	
* Afdeling	
* Plaats	
* Telefoonnummer	
* Functie	
* BIG nummer	
AGB nummer	
E-mailadres	
* Datum aanvraag	

Gemeten waarden bij aanvang therapie

*Apneu/Hypopneu Index (AHI)	(aantal per uur)
*Apneu index	(aantal per uur)
Desaturatie index	(aantal per uur)
Laagste desaturatie	%
BMI	

Gemeten waarden tijdens controlemeting

*Apneu/Hypopneu Index (AHI)	(aantal per uur)
*Apneu index	(aantal per uur)
Desaturatie index	(aantal per uur)
Laagste desaturatie	%
BMI	

Klachten bij aanvang therapie

*Concentratiestoornissen	☐ Afwezig	☐ Licht tot matig	☐ Ernstig
*Hypersomnolentie overdag	☐ Afwezig	☐ Licht tot matig	☐ Ernstig
*Stemmingsstoornissen	☐ Afwezig	☐ Licht tot matig	☐ Ernstig
*Verhoogde prikkelbaarheid	☐ Afwezig	☐ Licht tot matig	☐ Ernstig

Klachten bij controlemeting

*Concentratiestoornissen	☐ Afwezig	☐ Licht tot matig	☐ Ernstig
*Hypersomnolentie overdag	☐ Afwezig	☐ Licht tot matig	☐ Ernstig
*Stemmingsstoornissen	☐ Afwezig	☐ Licht tot matig	☐ Ernstig
*Verhoogde prikkelbaarheid	☐ Afwezig	☐ Licht tot matig	☐ Ernstig

Bijlage(s)	☐ Polygrafie rapport
	☐ Anders

Opmerkingen

*Handtekening

--

Dit formulier a.u.b. volledig invullen
en faxen naar 0570 - 858 451