

Akkoordverklaring PAP-therapie

* verplicht veld

Gegevens verzekerde

* Voornaam _____
* Achternaam _____
* Geslacht M V _____
* Geboortedatum _____
* Adres _____
* Postcode _____
* Woonplaats _____
* Telnr. vast/mob _____
E-mailadres _____
* Zorgverzekeraar _____
* Polisnummer _____
* BSN nummer _____

Gegevens medisch specialist

* Naam _____
* Zorginstelling _____
* Afdeling _____
* Plaats _____
* Telefoonnr. _____
* Functie _____
* BIG nummer _____
AGB nummer _____
E-mailadres _____
* Datum aanvraag _____

Medische indicatie:

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

* Concentratiestoornissen	<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
* Hypersomnolentie overdag	<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
* Stemmingsstoornissen	<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
* Verhoogde prikkelbaarheid	<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig

Bijlage(s) Polygrafie rapport
 Anders _____

Opmerkingen

* Handtekening medisch specialist:

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en **faxen naar 0570-858451**