

## Aanvraag CPAP-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 \_\_\_\_\_

### Afleveradres (indien afwijkend)

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

Medische indicatie  OSA

### \* Heeft patiënt de afgelopen 3 jaar een MRA gehad?

Ja  Nee Zo ja, een motivatie voor de zorgverzekeraar is vereist om met CPAP te mogen starten.  
Wij verzoeken u de motivatie bij te sluiten.

### Diagnose

\*Onderzoeksmethode  PSG  PG \_\_\_\_\_

\*Datum onderzoek \_\_\_\_\_

### Gemeten waarden

\*Apneu/Hypopneu Index (AHI) \_\_\_\_\_ (aantal per uur)

\*Apneu index \_\_\_\_\_ (aantal per uur)

Desaturatie index \_\_\_\_\_ (aantal per uur)

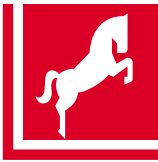
Laagste desaturatie \_\_\_\_\_ %

\*BMI \_\_\_\_\_

### Klachten voor behandeling

*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 \_\_\_\_\_



## Apparaat

Standaard geleverd met luchtbevochtiger.

Instellingen apparaat  \* APAP Min. druk \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O  
Max. druk \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

\*CPAP CPAP druk \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

\*BiPAP IPAP druk \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O  
EPAP druk \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

Drukopbouw (Ramp) \_\_\_\_\_ min.  
Startdruk \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

## Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen indien van toepassing)

Nummer sticker op grijze box \_\_\_\_\_

Datum instructie \_\_\_\_\_

## Opmerkingen

---

---

---

---

## \* Handtekening

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