

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)

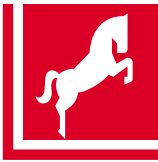
Laagste desaturatie _____ %

*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
* Stemningsstoornissen	<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 H₂O
Max. druk _____ cm H₂O

*CPAP CPAP druk _____ cm H₂O

*BiPAP IPAP druk _____ cm H₂O
EPAP druk _____ cm H₂O

Drukopbouw (Ramp) _____ min.
Startdruk _____ cm H₂O

Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen indien van toepassing)

Nummer sticker op grijze box _____

Datum instructie _____

Opmerkingen

* Handtekening

Dit formulier graag volledig invullen, mailen naar slaapapneu@westfalenmedical.nl of faxen naar 0570 - 858 451.