



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