



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	☐ 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



Standaard geleverd met luchtbevochtiger.

☐ * APAP Min. druk _____ cm H₂O
 Max. druk _____ cm H₂O

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

Drukopbouw (Ramp) _____ min.
 Startdruk _____ cm H₂O

Nummer sticker op grijze box

Datum instructie

Opmerkingen

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