



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@westfalen.com of faxen naar
0570 - 858 451.