

## Aanvraagformulier CPAP therapie

**Zorgverzekeraar** \_\_\_\_\_

**Patiënt gegevens**

Naam en sexe \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

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

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_

Polisnummer \_\_\_\_\_

Nieuwe Patient Ja / Nee

Patiënt reeds in bezit van een OSAS-apparaat of MRA-beugel?

Ja  Nee

**Afzender**

Naam instelling \_\_\_\_\_

Naam specialist \_\_\_\_\_

**Medische indicatie OSAS**

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

Apneu/Hypopneu index \_\_\_\_\_ (aantal per uur)

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

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

Respiratory Arousal index \_\_\_\_\_ (aantal per uur)

BMI \_\_\_\_\_

Anders \_\_\_\_\_

Onderzoeksmethode \_\_\_\_\_

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

**Bijlage**  
0 diagnose polygrafie rapport  
0 onderzoeks resultaten proefplaatsing  
0 anders \_\_\_\_\_

**Klachten**

**Voor Na**  
0 (afwezig), + (licht tot matig), ++ (ernstig)

Concentratiestoornissen \_\_\_\_\_

Hypersomnolentie overdag \_\_\_\_\_

Stemmingsstoornissen \_\_\_\_\_

Verhoogde prikkelbaarheid \_\_\_\_\_

**Apparatuur CPAP Therapie**

CPAP / APAP / FLEX / BPAP

Luchtbevochtiger Ja / Nee

Drukinstelling \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

Ramp/Drukopbouw \_\_\_\_\_ minuten

Proefplaatsingperiode \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

Proefplaatsing succesvol Ja / ~~Nee~~

Opmerkingen \_\_\_\_\_

**Handtekening + Naamstempel:**

**Datum:**