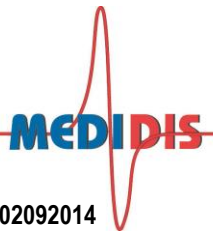


Aanvraagformulier proefplaatsing CPAP/BIPAP/ auto CPAP



S.V.P. het formulier volledig invullen voor de juiste afhandeling van uw aanvraag.
Deze aanvraag sturen per e-mail naar: cpap@medidis.nl

RF 082 REV.1_02092014

Gegevens Verzekerde:

Voornaam: _____
Achternaam: _____
Geslacht: _____
Geboortedatum: _____
Adres: _____
Postcode/Woonplaats: _____
Telefoonnummer vast: _____
Telefoonnummer mobiel: _____
E-mailadres: _____
Naam zorgverzekeraar: _____
Polisnummer: _____
BSN: _____

Gegevens aanvrager:

Ziekenhuis: _____
Naam aanvrager: _____
Afdeling: _____
Plaats: _____
Telefoonnummer: _____
Functie: _____
AGB nummer: _____
E-mailadres: _____
Datum aanvraag: _____

Handtekening:

Naar aanleiding van Polysomnografie

Naar aanleiding van Polygrafie/screening

Medische indicatie:

- Apneu index (AI)
 Apneu/Hypopneu (AHI)
 Respiratory arousal index (RAI)
 BMI
 Desaturatie index (DI)
 Laagst gemeten saturatie
 Anders, te weten

Aantal / uur: _____
Aantal / uur: _____
Aantal / uur: _____
KG / M²: _____

Benodigde indicatie:

- CPAP Druk instelling: _____ cm H₂O
 Auto CPAP Druk instelling: min. _____ cm H₂O max. _____ cm H₂O
 BIPAP Druk instelling: IPAP _____ cm H₂O EPAP _____ cm H₂O
 Verwarmde bevochtiger

Klachten:

- Stokkende ademhaling Vermoeidheid overdag Overmatig slaperigheid overdag, niet anders verklaard
 Herhaald wakker schrikken Concentratieverlies Niet verfrissende slaap

Bestemd voor consignatiehouders:

- CPAP-apparaat op proef sinds _____
 Serienummer op CPAP-apparaat _____ Type masker: _____
 Serienummer bevochtiger _____ Type hoofdband: _____