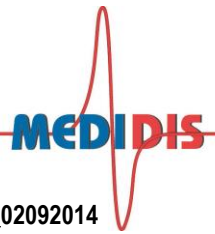


# Aanvraagformulier proefplaatsing CPAP/BIPAP/ auto CPAP



S.V.P. het formulier volledig invullen voor de juiste afhandeling van uw aanvraag.  
Deze aanvraag sturen per e-mail naar: [cpap@medidis.nl](mailto: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 / M<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Benodigde indicatie:

- CPAP Druk instelling: \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O
- Auto CPAP Druk instelling: min. \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O max. \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O
- BIPAP Druk instelling: IPAP \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O EPAP \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O
- 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: \_\_\_\_\_