

Aanvraag PAP-therapie

* verplicht veld

Gegevens verzekerde:

* Voornaam _____
* Achternaam _____
* Geslacht M V _____
* Geboortedatum _____
* Adres _____
* Postcode _____
* Woonplaats _____
* Telefoonnummer _____
Tweede telefoonnummer _____
E-mailadres _____
* Zorgverzekeraar _____
* Polisnummer _____
* BSN _____

Afleveradres (indien afwijkend)

Adres _____
Postcode en woonplaats _____

Medische indicatie: OSA _____

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	<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
* Hypersomnolentie overdag	<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
* Stemmingsstoornissen	<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
* Verhoogde prikkelbaarheid	<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig

Bijlage(s) Diagnose polygrafie rapport
 Anders _____

Gegevens medisch specialist:

* Uw naam _____
* Zorginstelling _____
* Afdeling _____
* Plaats _____
* Telefoonnummer _____
* Functie _____
* BIG nummer _____
AGB nummer _____
E-mailadres _____
* Datum aanvraag _____

Apparaat

Standaard geleverd met luchtbevochtiger en verwarmde slang.

Instellingen apparaat	<input type="checkbox"/> * APAP	Min. druk _____ cm H ₂ O
		Max. druk _____ cm H ₂ O
	<input type="checkbox"/> * CPAP	CPAP druk _____ cm H ₂ O
	<input type="checkbox"/> * BiPAP	IPAP druk _____ cm H ₂ O
		EPAP druk _____ cm H ₂ O

Drukopbouw (Ramp): _____ min.
Startdruk: _____ cm H₂O

Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen indien van toepassing)

Nummer sticker op grijze box _____

Datum instructie _____

Opmerkingen

*Handtekening

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en faxen naar 0570 - 858451