

Akkoordverklaring PAP-therapie

* *verplicht veld*

Gegevens verzekerde:

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht M V _____

* Geboortedatum _____

* Adres _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telefoonnummer _____

Tweede telefoonnummer _____

E-mailadres _____

* Zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN _____

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 _____

Klachten

| | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|
| * 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) Polygrafie rapport

Anders _____

Opmerkingen

*Handtekening

Gegevens medisch specialist:

* Uw naam _____

* Zorginstelling _____

* Afdeling _____

* Plaats _____

* Telefoonnummer _____

* Functie _____

* BIG nummer _____

AGB nummer _____

E-mailadres _____

* Datum aanvraag _____

Gemeten waarden tijdens controlemeting

* Apneu/Hypopneu Index (AHI) (aantal per uur) _____

* Apneu index (aantal per uur) _____

Desaturatie index (aantal per uur) _____

Laagste desaturatie % _____

BMI _____