



Akkoordverklaring PAP-therapie

* Verplicht veld

Gegevens verzekerde

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht M V

* Geboortedatum _____

* Adres _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telefoonnummer _____
Tweede telefoonnummer _____
E-mailadres _____

* Zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN _____

Gegevens medisch specialist

* Uw naam _____

* Zorginstelling _____

* Afdeling _____

* Plaats _____

* Telefoonnummer _____

* Functie _____

* BIG nummer _____
AGB nummer _____
E-mailadres _____

* Datum aanvraag _____

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 _____

Gemeten waarden tijdens controlemeting

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

*Apneu index (aantal per uur) _____

Desaturatie index (aantal per uur) _____

Laagste desaturatie % _____

BMI _____

Klachten bij aanvang therapie

*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

Klachten bij controlemeting

*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

Dit formulier a.u.b. volledig invullen
en faxen naar 0570 - 858 451