

Aanvraag OSAS-therapie

* verplicht veld

Gegevens verzekerde

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht M V _____

* Geboortedatum _____

* Adres _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telnr. vast/mob _____

* E-mailadres _____

* Zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN nummer _____

Gegevens medisch specialist

* Naam _____

* Zorginstelling _____

* Afdeling _____

* Plaats _____

* Telefoonnr _____

* Functie _____

* BIG nummer _____

AGB nummer _____

* E-mailadres _____

* Datum aanvraag _____

Afleveradres (indien afwijkend)

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Medische indicatie

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 _____

Therapie

Standaardvoorziening

APAP, luchtbevochtiger, verwarmde slang, nasaal masker

Anders

Hieronder nader gespecificeerd

Apparaat (indien afwijkend)

Instellingen apparaat

APAP

CPAP

BiPAP

Min. APAP/CPAP/EPAP: ___ cm H₂O

Max. APAP/CPAP/IPAP: ___ cm H₂O

Luchtbevochtiger

Actief

Inactief

EPR / Flex instelling

Drukopbouw : ___ min

Masker (indien afwijkend)

Type masker

Maat masker

Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen indien van toepassing)

Datum instructie

Merk apparaat

Serienummer apparaat

Type masker

Maat masker

Controle

Datum 1e controlebezoek (indien bekend)

Datum controlemeting PG/PSG (indien bekend)

Opmerkingen

* Handtekening medisch specialist:

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