

## 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 H<sub>2</sub>O

Max. APAP/CPAP/IPAP: \_\_\_ cm H<sub>2</sub>O

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**