

Aanvraagformulier SlaapPositieTrainer

Gegevens voorschrijver

Voorletters + naam _____ Telefoonnummer _____
Adres _____ E-mailadres _____
Postcode _____ BSN nummer _____
Plaats _____ Zorgverzekeraar _____
Geboortedatum _____ Polisnummer _____

Gegevens voorschrijver

Naam instelling _____
Specialist _____
Functie _____
Telefoonnummer _____
E-mailadres _____

Objectieve gegevens uit onderzoek:

Onderzoeksdatum _____
Datum vaststelling diagnose OSA _____ Minimale saturatie _____ %
Apneu/Hypopneu (AHI) _____ p/u AHI rugligging _____ p/u AHI zijligging _____ p/u
ODI _____ p/u _____ Rugligging _____ %

Invullen voor proefplaatsing

Klachten vóór gebruik SPT:

AHI _____ p/u

- Stokkende ademhaling
- Herhaald wakker schrikken
- Niet verfrissende slaap
- Vermoeidheid overdag
- Concentratieverlies
- Overmatige slaperigheid niet anders verklaard

Invullen na proefplaatsing

Klachten na gebruik SPT:

AHI _____ p/u gemiddeld uren p/n _____ uur

- Stokkende ademhaling
- Herhaald wakker schrikken
- Niet verfrissende slaap
- Vermoeidheid overdag
- Concentratieverlies
- Overmatige slaperigheid niet anders verklaard

Datum succesvolle afgesloten proefplaatsing SPT apparaat _____

Handtekening specialist voor geslaagde proefplaatsing _____