

## Aanvraagformulier PAP-therapie

### Gegevens verzekerde

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 \_\_\_\_\_  
Apneu/Hypopneu (AHI) \_\_\_\_\_ Desaturatie index (DI) \_\_\_\_\_ %  
Lengte \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_ Respiratory Arousal index (RAI) \_\_\_\_\_

### Aanvraag

Type apparatuur CPAP / AUTO PAP / BI-PAP Bevochtiger  Ja  Nee  
Drukinstelling \_\_\_\_\_ CmH2O Ramp druk \_\_\_\_\_ CmH2O  
Maskertype \_\_\_\_\_

### Invullen voor proefplaatsing

AHI \_\_\_\_\_ p/u  
 Stokkende ademhaling  
 Herhaald wakker schrikken  
 Niet verfrissende slaap  
 Vermoeidheid overdag  
 Concentratieverlies  
 Overmatige slaperigheid niet anders verklaard

### Invullen na proefplaatsing

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 PAP apparatuur \_\_\_\_\_

Handtekening specialist voor geslaagde proefplaatsing \_\_\_\_\_