

AANVRAAGFORMULIER voor PROEFPLAATSING CPAP / Bi-level / AutoCPAP

TEL. 013 - 523 10 21 • FAX 013 - 220 11 60 • E-MAIL OSAS@VIVISOL.NL • WEBSITE WWW.VIVISOL.NL



Patiëntgegevens

Naam :		(Doordrukken van ponsplaatjes zijn na het faxen van dit formulier vaak zeer slecht leesbaar)
Adres :		
Postcode/Woonplaats :		
Telefoonnummer :		Zorgverzekeraar :
Geboortedatum :		Polisnummer :

VERPLICHT in te vullen door voorschrijver:

ZONDER THERAPIE		
<input type="checkbox"/> Apneu Index (AI)	:	(aantal per uur)
<input type="checkbox"/> Apneu/Hypopneu Index (AHI)	:	(aantal per uur)
<input type="checkbox"/> Respiratory Arousal Index (RAI)	:	(aantal per uur)
<input type="checkbox"/> Desaturatie Index (DI)	:	(aantal per uur)
<input type="checkbox"/> Laagst gemeten saturatie	:	(%)
<input type="checkbox"/> Body Mass Index (BMI)	:	(kg/m2)
<input type="checkbox"/> Anders te weten	:	

N.B. Volgens de Regeling Hulpmiddelen dient de aanvraag onder andere te voldoen aan één van de volgende criteria om voor vergoeding in aanmerking te komen:

AI is gelijk aan of groter dan 10 en/of AHI is gelijk aan of groter dan 15 en/of RAI is groter dan 10

Benodigde apparatuur:

<input type="checkbox"/> CPAP	drukinstelling:	cm H2O		
<input type="checkbox"/> SoftPAP	drukinstelling:	cm H2O		Soft-stand (1 of 2):
<input type="checkbox"/> AutoCPAP (ter titratie)	drukinstelling:	min	cm H2O	max cm H2O
<input type="checkbox"/> AutoCPAP (vaste plaatsing)	drukinstelling:	min	cm H2O	max cm H2O
<input type="checkbox"/> Bi-level (IPAP min. 15 cm H2O)	drukinstelling:	IPAP	cm H2O	EPAP cm H2O
<input type="checkbox"/> Verwarmde luchtbevochtiger				

Gegevens voorschrijver:

Naam instelling :	
Naam specialist :	
Telefoonnummer :	
E-mail :	

Datum van aanvraag:

Handtekening: