

AANVRAAGFORMULIER
 voor definitieve plaatsing en vergoeding van C-PAP / Bi-Level / Auto C-PAP apparatuur
 na geslaagde proefplaatsing

LEVERANCIER VIVISOL NEDERLAND: TEL: 013 5231021 FAX: 013 2201160 Email:osas@vivisol.nl

Verzekerde gegevens:

Naam
Adres
Postcode/plaats
Geboortedatum
Telefoonnummer
Zorgverzekeraar
Polisnummer

Voorschrijver:

Naam instelling
Naam specialist
Telefoonnummer

Klachten:

	O (afwezig)	+ (licht tot matig)	++ (ernstig)
Concentratiestoornissen overdag	O	+	++
Hypersomnolentie overdag	O	+	++
Stemmingstoornissen	O	+	++
Verhoogde prikkelbaarheid	O	+	++

Onderzoekgegevens:

Gewicht _____
 Lengte _____
 BMI _____

Advies:

Gewichtsreductie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee, omdat _____
Neusdoorgankelijkheid	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee, omdat _____
Slaaphygiëne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee, omdat _____
Alcoholgebruik	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee, omdat _____

Medische indicatie OSAS**VOOR****NA****PROEFPLAATSING**

Onderzoeksdatum	
Apneu index (AI)	(aantal per uur)
Apneu/Hypapneu index (AHI)	(aantal per uur)
Desaturatie index (DI)	(aantal per uur)
Laagste desaturatie	%
Respiratory Arousal index	(aantal per uur)

Proefplaatsing gestart per _____
 Proefplaatsing met type apparatuur _____

Indien vaste plaatsing autoCPAP

- Gedurende de titratieperiode is gebleken dat er bij deze patiënt sprake is van een wisselende drukbehoefte waardoor patiënt niet gebaat is bij een Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) apparaat. Hiermee is een AutoCPAP-apparaat geïndiceerd.
- Anders, te weten _____

Aanvraag

Apparatuur

CPAP:

Bevochtiger:

Drukinstelling:

Opmerkingen:

HANDTEKENING VOORSCHRIJVER:**DATUM:**