

Gegevens verzekeringnemer

Relatienummer	
Voorletter(s) en achternaam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Geboortedatum	

Gegevens voorschrijver

Naam instelling	
Naam specialist	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	

> Betreffend hokje aankruisen / doorhalen wat niet van toepassing is

1. Klachten	<input type="checkbox"/> (afwezig) <input type="checkbox"/> (licht tot matig) <input type="checkbox"/> (ernstig)
Concentratiestoornissen overdag	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hypersomnolentie overdag	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stemmingstoornissen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Verhoogde prikkelbaarheid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2. Onderzoekgegevens	Gewicht	Lengte	BMI
Datum vaststellen diagnose OSAS			
Datum succesvol afgesloten proefplaatsing			

3. Advies	
Gewichtsreductie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee, omdat
Neusdoorgankelijkheid	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee, omdat
Slaaphygiëne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee, omdat
Alcoholgebruik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee, omdat

4. Medische indicatie OSAS	Voor	Na	Proefplaatsing
Onderzoeksdatum			
Apneu index			(aantal per uur)
Apneu/Hypopneu index			(aantal per uur)
Desaturatie index			(aantal per uur)
Laagste desaturatie			%
Respiratory Arousal index			(aantal per uur)
Proefplaatsing periode	Van		Tot
	<input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> anders, namelijk		
Inzet alternatief (MRA) gewenst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Reden		

5. Therapie	
Apparatuur	<input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> anders, namelijk
Luchtbevochtiger	
Drukinstelling	cm H ₂ O
Ramp/Drukopbouw	minuten
Opmerkingen	
6. Handtekening specialist	
Datum	
Bijlage	<input type="checkbox"/> diagnose polygraferapport <input type="checkbox"/> onderzoeksresultaten proefplaatsing <input type="checkbox"/> anders, nl

Dit formulier kunt u sturen naar OHRA, Postbus 4172, 5004 JD Tilburg. Heeft u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de OHRA Klantenservice, telefoonnummer 026 400 40 40.