

# Aanvraagformulier CPAP

## 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 Reden		

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