

Aanvraagformulier Slaappositie Trainer (SPT)

Zorgverzekeraar _____

Patiënt gegevens

Naam en sexe _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Geboortedatum _____

Zorgverzekeraar _____

Polisnummer _____

Nieuwe Patient Ja / Nee

Patiënt reeds in bezit van een OSAS-apparaat of MRA-beugel?

Ja Nee

Afzender

Naam instelling _____

Naam specialist _____

Medische indicatie OSAS

Apneu index: _____ (aantal per uur)

Apneu/Hypopneu index _____ (aantal per uur)

Desaturatie index _____ (aantal per uur)

Laagste desaturatie _____ %

Respiratory Arousal index _____ (aantal per uur)

BMI _____

Anders _____

Onderzoeksmethode _____

Datum onderzoek _____

Bijlage
0 diagnose polygrafie rapport
0 onderzoeks resultaten proefplaatsing
0 anders _____

Klachten

Voor Na
0 (afwezig), + (licht tot matig), ++ (ernstig)

Concentratiestoornissen _____

Hypersomnolentie overdag _____

Stemmingsstoornissen _____

Verhoogde prikkelbaarheid _____

Apparatuur CPAP Therapie

CPAP / APAP / FLEX / BPAP

Luchtbevochtiger Ja / Nee

Drukinstelling _____ cm H₂O

Ramp/Drukopbouw _____ minuten

Proefplaatsingperiode _____ tot _____

Proefplaatsing succesvol Ja / ~~Nee~~

Opmerkingen _____

Handtekening + Naamstempel:

Datum: