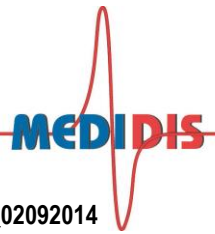


# Aanvraagformulier proefplaatsing CPAP/BIPAP/ auto CPAP



S.V.P. het formulier volledig invullen voor de juiste afhandeling van uw aanvraag.  
Deze aanvraag faxen naar: 0320 267 601 of per e-mail naar: cpap@medidis.nl

RF 082 REV.1\_02092014

## Gegevens Verzekerde:

Voornaam: \_\_\_\_\_  
Achternaam: \_\_\_\_\_  
Geslacht: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode/Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer vast: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer mobiel: \_\_\_\_\_  
E-mailadres: \_\_\_\_\_  
Naam zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_  
Polisnummer: \_\_\_\_\_  
BSN: \_\_\_\_\_

## Gegevens aanvrager:

Ziekenhuis: \_\_\_\_\_  
Naam aanvrager: \_\_\_\_\_  
Afdeling: \_\_\_\_\_  
Plaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
Functie: \_\_\_\_\_  
AGB nummer: \_\_\_\_\_  
E-mailadres: \_\_\_\_\_  
Datum aanvraag: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

Naar aanleiding van Polysomnografie

Naar aanleiding van Polygrafie/screening

## Medische indicatie:

- Apneu index (AI)  
 Apneu/Hypopneu (AHI)  
 Respiratory arousal index (RAI)  
 BMI  
 Desaturatie index (DI)  
 Laagst gemeten saturatie  
 Anders, te weten

Aantal / uur: \_\_\_\_\_  
Aantal / uur: \_\_\_\_\_  
Aantal / uur: \_\_\_\_\_  
KG / M<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Benodigde indicatie:

- CPAP Druk instelling: \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O  
 Auto CPAP Druk instelling: min. \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O max. \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O  
 BIPAP Druk instelling: IPAP \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O EPAP \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O  
 Nee, geen BIPAP back-up.  Ja, een BIPAP back-up van 10.

## Klachten:

- Stokkende ademhaling  Vermoeidheid overdag  Overmatig slaperigheid overdag, niet anders verklaard  
 Herhaald wakker schrikken  Concentratieverlies  Niet verfrissende slaap

## Bestemd voor consignatiehouders:

- CPAP-apparaat op proef sinds \_\_\_\_\_  
 Serienummer op CPAP-apparaat \_\_\_\_\_ Type masker: \_\_\_\_\_  
 Serienummer bevochtiger \_\_\_\_\_ Type hoofdband: \_\_\_\_\_