

Gegevens verzekerde

Naam: _____

Adres: _____

Postcode / woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Relatienummer: _____

Gegevens voorschrijver:

Naam instelling: _____

Naam specialist: _____

Postcode / woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Betreffend hokje aankruisen/doorhalen wat niet van toepassing is <

Klachten

Concentratiestoornissen overdag

(afwezig)

(licht tot matig)

(ernstig)

Hypersomnolentie overdag

Stemmingstoornissen

Verhoogde prikkelbaarheid

Onderzoekgegevens

Gewicht

Lengte

BMI

Advies

Gewichtsreductie

ja

nee, omdat _____

Neusdoorgankelijkheid

ja

nee, omdat _____

Slaaphygiëne

ja

nee, omdat _____

Alcoholgebruik

ja

nee, omdat _____

Medische indicatie OSAS

Onderzoeksdatum

Voor

Na

Proefplaatsing

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

CPAP

anders, nl _____

Inzet alternatief (MRA) gewenst

ja

Reden _____

Therapie

Apparatuur

 CPAP anders, nl

Luchtbevochtiger

Drukinstelling

cm H₂O

Ramp/Drukopbouw

minuten

Opmerkingen

Handtekening specialist**Datum:**

Bijlage

 diagnose polygrafierapport onderzoeksresultaten proefplaatsing anders, nl