

AANVRAAG MACHTIGINGSFORMULIER**CPAP/BiPAP**

Deze machtigingsaanvraag is inclusief de proefplaatsingsperiode conform regeling Zorgverzekeringswet

1**GEGEVENS PATIËNT** (of gebruik een sticker met patiëntgegevens)Naam _____ Voorletters _____ M V

Adres _____ Geboortedatum _____

PC en plaats _____ Zorgverzekeraar _____

Telefoon _____ BSN _____

E-mail _____ Polisnummer _____

Afleveradres Thuis (zie boven)

Adres _____

 Anders (zie hiernaast)

PC en plaats _____

2**ONDERZOEKSGEGEVENS*** *Verplichte velden* Naar aanleiding van polygrafie / screening Naar aanleiding van polysomnografie

Onderzoeksdatum* _____

Lengte (in cm) _____ BMI _____

Gewicht (in kg) _____

Apneu index _____ (Aantal p/u) Desaturatie index _____ (%)

Apneu/Hypopneu index* _____ (Aantal p/u) Laagste desaturatie _____ (%)

RERA _____ (Aantal p/u)

Diagnose*

Opmerking

MRA* ja nee, waarom niet? _____*Alleen van toepassing bij Z&Z verzekerden:*

Indien ja, is die in gebruik?

 Ja, van _____ tot _____ en met welk resultaat _____

Indien gestopt, wat was de reden? _____

 Indien niet in gebruik, waarom niet? _____

Ga verder op de volgende pagina van dit formulier

**3****KLACHTEN** (meerdere keuzes mogelijk)

- | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stokkende ademhaling | <input type="checkbox"/> licht | <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> ernstig |
| <input type="checkbox"/> Herhaald wakker schrikken | <input type="checkbox"/> licht | <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> ernstig |
| <input type="checkbox"/> Niet verfrissende slaap | <input type="checkbox"/> licht | <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> ernstig |
| <input type="checkbox"/> Vermoeidheid overdag | <input type="checkbox"/> licht | <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> ernstig |
| <input type="checkbox"/> Concentratieverlies | <input type="checkbox"/> licht | <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> ernstig |
| <input type="checkbox"/> Overmatige slaperigheid overdag, niet anders verklaard | <input type="checkbox"/> licht | <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> ernstig |

4**APPARATUUR**

- Proefplaatsing periode van _____ tot _____
- CPAP Drukinstelling _____ cm H₂O
- Auto CPAP Drukinstelling Min. _____ cm H₂O Max. _____ cm H₂O
- BiPAP Drukinstelling IPAP _____ cmH₂O EPAP _____ cm H₂O
- Verwarmde bevochtiger* ja nee
- Ramp / drukopbouw (minuten) _____

5**BESTEMD VOOR CONSIGNATIEHOUDERS**

- CPAP-apparatuur op proef sinds _____
- Type masker _____
- Serienummer CPAP-apparatuur _____
- Serienummer bevochtiger _____ Handtekening gebruiker _____

6**INSTELLING EN GEGEVENS AANVRAGER**

- Instelling _____ AGB-code _____
- Afdeling _____ Klantnummer _____
- Naam _____ Telefoon _____
- Functie _____ E-mail _____
- Adres _____ Datum _____
- PC en Plaats _____
- Handtekening _____

Aanvraagmachtigingen moeten altijd ondertekend worden door een daartoe bevoegd persoon. Indien u niet tekenbevoegd bent, verzoeken wij u de ondertekende aanvraag uiterlijk binnen 7 dagen aan ons toe te sturen. Het aanleveren van een kopie van het bijbehorende en geldige uitvoeringsverzoek, met verwijzing naar de desbetreffende patiënt, is ook voldoende.