



Persoonlijke gegevens (Doordrukken van ponsplaatjes zijn na het faxen van dit formulier vaak zeer slecht leesbaar)

Naam	:	
Adres	:	Postcode + Woonplaats :
Telefoonnummer	:	Geboortedatum :
Zorgverzekeraar	:	Polisnummer :

Verplicht in te vullen door voorschrijver:

ZONDER THERAPIE

<input type="checkbox"/> Apneu Index (AI)	:		(aantal per uur)
<input type="checkbox"/> Apneu/Hypopneu Index (AHI)	:		(aantal per uur)
<input type="checkbox"/> Respiratory Arousal Index (RAI)	:		(aantal per uur)
<input type="checkbox"/> Desaturatie Index (DI)	:		(aantal per uur)
<input type="checkbox"/> Laagst gemeten saturatie	:		(%)
<input type="checkbox"/> Body Mass Index (BMI)	:		(kg/m ²)
<input type="checkbox"/> Anders te weten	:		

N.B. Volgens de Regeling Hulpmiddelen dient de aanvraag onder andere te voldoen aan één van de volgende criteria om voor vergoeding in aanmerking te komen:
AI is gelijk aan of groter dan 5 en/of **AHI is gelijk aan of groter dan 5** en/of **RAI is groter dan 10**

Benodigde apparatuur:

<input type="checkbox"/> CPAP	drukinstelling:		cm H ₂ O		
<input type="checkbox"/> AutoCPAP (ter titratie)	drukinstelling:	min	cm H ₂ O	max	cm H ₂ O
<input type="checkbox"/> AutoCPAP (vaste plaatsing)	drukinstelling:	min	cm H ₂ O	max	cm H ₂ O
<input type="checkbox"/> Bi-level (IPAP min, 15 cm H ₂ O)	drukinstelling:	IPAP	cm H ₂ O	EPAP	cm H ₂ O
<input type="checkbox"/> Verwarmde luchtbevochtiger					

Gegevens voorschrijver

Naam instelling	:	
Naam specialist	:	
Telefoonnummer	:	
E-mail	:	

Datum van aanvraag:

Handtekening: