



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

**Gegevens voorschrijver**

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

Datum van aanvraag:

Handtekening: