

Aanvraag machtigingsformulier

CPAP/BiPAP

Deze machtigingsaanvraag is inclusief de proefplaatsingsperiode conform regeling Zorgverzekeringswet

1. Patiënt (of gebruik een sticker met patiëntgegevens)

Naam	_____	Voorletters	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Adres	_____	Geboortedatum	_____		
PC en Plaats	_____	BSN	_____		
Telefoon	_____	Zorgverzekeraar	_____		
E-mail	_____	Polisnummer	_____		
Afleveradres	<input type="checkbox"/> Thuis (zie boven) <input type="checkbox"/> Anders (zie hiernaast)	Adres	_____		
		PC en Plaats	_____		

2. Onderzoeksgegevens

*Verplichte velden

<input type="checkbox"/> Naar aanleiding van polygrafie / screening	<input type="checkbox"/> Naar aanleiding van polysomnografie
Onderzoeksdatum* _____	
Lengte _____ cm BMI _____	Gewicht _____ 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 _____ met als resultaat: _____

Indien gestopt, wat was de reden? _____

Indien niet in gebruik, waarom niet? _____

3. Klachten (meerdere keuzes mogelijk)

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

Ga verder op de volgende pagina. _____

Vervolg aanvraag machtigingsformulier CPAP/BiPAP

4. Apparatuur (meerdere keuzes mogelijk)

Proefplaatsing periode van _____ tot _____

CPAP Drukinstelling _____ cm H₂O

Auto CPAP Drukinstelling Min. _____ cm H₂O Max. _____ cm H₂O

BiPAP Drukinstelling IPAP _____ cm H₂O 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 _____ Klantnr. _____

Naam _____ Telefoon _____

Functie _____ Datum _____

E-mail _____

Adres _____

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.