

Aanvraag machtigingsformulier

CPAP/BiPAP Dienst Justitiële Inrichtingen

1. Cliënt

Naam _____ Voorletters _____ M V Geb. datum _____
BSN _____ Zorgverzekeraar buiten DJI _____
Locatie DJI (naam en adres) _____

2. Kwam cliënt al binnen met apparatuur?

 Ja Nee (ga verder met blok 3)Had de cliënt al een CPAP buiten de instelling? Ja Nee

Van welke leverancier was de CPAP? _____

Welk merk was de CPAP? _____

Welk merk en model masker had de cliënt? _____

Patiënt wenst dit apparaat na detentie wel of niet te gebruiken.

3. Onderzoeksgegevens

 Naar aanleiding van polygrafie / screening Naar aanleiding van polysomnografie Onderzoeksdatum _____

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 _____

4. 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

5. Apparatuur (meerdere keuzes mogelijk)

<input type="checkbox"/> CPAP	Drukinstelling _____	cm H ₂ O	
<input type="checkbox"/> Auto CPAP	Drukinstelling Min. _____	cm H ₂ O	Max. _____ cm H ₂ O
<input type="checkbox"/> BiPAP	Drukinstelling IPAP _____	cm H ₂ O	EPAP _____ cm H ₂ O
Verwarmde bevochtiger* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee	Ramp / drukopbouw _____	minuten	

6. Instelling en gegevens aanvrager

*Voor controle van de factuur

Instelling _____	AGB-code _____
Afdeling _____	Kostenplaats nr. _____
Naam _____	Functie _____
Telefoon _____	Datum _____
Adres _____	PC en Plaats _____
Handtekening _____	Email adres* _____