



AANVRAAGFORMULIER-C-PAP-TOTALCARE

FAX: 013-5313531

Datum:.....Dag.....Tijd.....

Naam.....Voorletters.....m/v

Adres.....

Postcode/plaats.....

Telefoonnummer...../ Mobiel.....

Geb.dat..... Polis Restitutie Polis Natura

Zorgverzekeraar..... Polisnummer.....

- 0 Naar aanleiding van polygrafie/screening
- 0 Naar aanleiding van polysomnografie
- 0 Apneu index (AI)(aantal per uur)
- 0 Apneu/Hypopneu (AHI)(aantal per uur)
- 0 Desaturatie index (DI) laagste(%)
- 0 Respiratory Arousal index (RAI)(aantal per uur)
- 0 BMI.....
- 0 Genomen conservatieve maatregelen
- 0 Andere motivatie.....

0 C-PAP 0 AUTO C-PAP 0 Bi-PAP

Sn:..... Bevochtiger sn:.....

- 0 Masker Type.....
- 0 Drukinstelling.....(cm h20)
- 0 Opbouwtijd (ramp)(min/sec)
- C-pap proefplaatsing vanaf.....(datum)
- Verwarmde bevochtiger.....
- 0 Toelichting.....

Instelling.....

Naam specialist.....

Adres.....

Postcode/plaats.....

Telefoon.....

E-mail.....

DATUM

HANDTEKENING