

Patiënt gegevens

Naam			Voornaam	
Geslacht	M	V	Geboortedatum	
Straat		Nr.	Postcode	Woonplaats
Telefoonnr.			E-mail	
Naam zorgverzekeraar			Polisnummer	
Nieuwe patiënt	Ja	Nee		
Patiënt reeds in bezit van een OSAS-apparaat of MRA-beugel?			Ja	Nee

Afzender

Naam instelling	Naam specialist
-----------------	-----------------

Medische indicatie OSAS

	Voor	Na	
Apneu index			per uur
Apneu/hypopneu index			per uur
Desaturatie index			per uur
Laagste desaturatie			%
Respiratory Arousal index			per uur

Klachten

0 (afwezig), + (licht tot matig), ++ (ernstig)

	Voor	Na	
Concentratiestoornissen			
Hypersomnolentie overdag			
Stemmingsstoornissen			
Verhoogde prikkelbaarheid			

BMI

Apparatuur CPAP Therapie

Anders	Apparaat		
Onderzoeksmethode	Luchtbevochtiger	Ja	Nee
Datum onderzoek	Drukinstelling		cm H ₂ O
Bijlage	Ramp/Drukopbouw		minuten
	Proefplaatsingsperiode		tot
	Proefplaatsing succesvol	Ja	Nee
	Opmerkingen		

Handtekening + Naamstempel

Datum