

## Verzekerde gegevens



Naam: .....  
 Adres: .....  
 Postcode en woonplaats: .....  
 Geboortedatum: .....  
 Relatienummer: .....

## Voorschrijver gegevens



Naam instelling: .....  
 Naam specialist: .....  
 Adres: .....  
 Postcode en woonplaats: .....  
 Telefoon: .....

betreffend hokje aankruisen / doorhalen wat niet van toepassing is

### Klachten

	<input type="checkbox"/> (afwezig)	<input type="checkbox"/> (licht tot matig)	<input type="checkbox"/> (ernstig)
Concentratiestoornissen overdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypersomnolentie overdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stemmingstoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhoogde prikkelbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Onderzoekgegevens

Gewicht ..... Lengte ..... BMI .....

### Advies

Gewichtsreductie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee, omdat .....
Neusdoorgankelijkheid	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee, omdat .....
Slaaphygiëne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee, omdat .....
Alcoholgebruik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee, omdat .....

### Medische indicatie OSAS

	Voor	Na	Proefplaatsing
Onderzoeksdatum	.....	.....	
Apneu index	.....	.....	(aantal per uur)
Apneu/Hypopneu index	.....	.....	(aantal per uur)
Desaturatie index	.....	.....	(aantal per uur)
Laagste desaturatie	.....	.....	%
Respiratory Arousal index	.....	.....	(aantal per uur)
Proefplaatsing periode	van .....	tot .....	
	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> anders, nl .....	
Inzet alternatief (MRA) gewenst	<input type="checkbox"/> ja		
	Reden .....		

### Therapie

Apparaat	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> anders, nl .....	
Luchtbevochtiger	.....		
Drukinstelling	.....		cm H <sub>2</sub> O
Ramp/Drukopbouw	.....		minuten
Opmerkingen	.....		

### Handtekening specialist

Bijlage  diagnose polygrafierapport  
 onderzoeksresultaten proefplaatsing  
 anders, nl .....

Datum: .....

