

**Bijlage 2 Aanvraag OSA behandeling**

Overeenkomst 1.76.049 CPAP

Fase 1 Specialist/slaapkliniek

1. Gegevens patiënt			
Naam		Geslacht	
Voorletters		Telefoonnummer	
Adres		Mobiel nummer	
Postcode		E-mailadres	
Woonplaats		Burgerservicenummer	
Geboortedatum		Inschrijfnummer	
Zorgverzekeraar			
Ander afleveradres	(alleen invullen indien	afwijkend)	
Naam			
Adres			
Postcode			
Woonplaats		Inkoopordernummer	

2. Diagnose onderzoeksgegevens	
Naar aanleiding van	Polygrafie/Polysomnografie
Onderzoeksdatum	
Apneu Index (AI)	
Apneu/ Hypopneu index (AHI)	
RERA	
Desaturatie index	
Laagste desaturatie	
Medische indicatie	OSA(S)/CSAS/POSAS
Heeft al eerder hulpmiddel gehad nl.:	MRA/CPAP/Positietherapie
Motivatie waarom 2 ^e hulpmiddel	Ter aanvulling/ter vervanging, toelichting:

3. Diagnose klachten	
Stokkende ademhaling	Vermoeidheid overdag
Herhaald wakker schrikken	Concentratie verlies
Niet verfrissende slaap	Overmatige slaperigheid overdag, niet anders verklaard

4. Type aanvraag:	
<input type="radio"/>	Proefperiode CPAP (ga door naar 5) + datum
<input type="radio"/>	Aanvraag MRA (ga door naar 6)
<input type="radio"/>	Proefperiode positietherapie (ga door naar 7)*
<input type="radio"/>	Definitieve aanvraag positietherapie + datum

***Omdat het een formulier is kan er sprake zijn van een proefplaatsing en een definitieve plaatsing. Vandaar vermelding data noodzakelijk.**

5. Aanvraag en instellingen CPAP-apparatuur proefplaatsing		
CPAP	Druk	...cm H2O
Auto-CPAP	Min	Max
Bipap	IPAP	EPAP
	I _{max}	E _{min} PS max
Ramp instelling (min.)		
Minimale ramp druk		
Verwarmde bevochtiger	Ja/nee	

6. Aanvraag MRA	
Gebitssituatie	Edentaat/dentaat
Gebitssituatie geschikt voor MRA	Ja/nee
Motivatie waarom bij ernstige OSAS niet voor een CPAP-apparaat gekozen wordt?	
Patiënt heeft 'informed consent' getekend waarin de nadelen en bijwerkingen van de MRA vermeld staan	Ja/nee
Als bijlagen meesturen bij aanvraag	KNO verslag Foto's (OPG)

7. Aanvraag Positietherapie	
Type hulpmiddel	
AHI rugligging* (> 20 %)	
% Rugligging* (> 10 % en < 90%)	

8. Instelling en aanvrager gegevens			
Instelling		Telefoonnummer	
AGB-code		E-mailadres	
Klantnummer		Datum	
Afdeling			
Naam			
Voorschrijver naam		Handtekening	
Adres			
Postcode			
Plaats			



Fase 2 Levering hulpmiddel door leverancier

1. Verzekerde gegevens (informatie wordt overgenomen van fase 1)

2. Aanvraag en instellingen CPAP apparatuur proefplaatsing (informatie wordt overgenomen van fase 1)

3. Geleverde CPAP apparatuur	
-------------------------------------	--

Geplaatst sinds	dd/mm/jjjj
Apparaat	CPAP/Auto-cpap/Bipap
Serienummer CPAP	
Serienummer Bevochtiger	
Type masker/maat	
Flexmodus	
Ramp instelling (min.)	
Minimale rampdruk	
Opmerkingen:	
Datum evaluatie	
Datum vervolgspraak specialist	

4. Geleverde MRA	
-------------------------	--

Type MRA:	
Geleverd sinds:	dd/mm/jjjj
Datum evaluatie:	
Vervolgspraak specialist	

5. (def) Aanvraag Positietherapie	
--	--

Type hulpmiddel	
Geleverd sinds:	dd/mm/jjjj
Datum evaluatie	
Vervolgspraak specialist	

**Fase 3 Evaluatie proefperiode definitieve aanvraag hulpmiddel**

(Deel van de gegevens kan van de leverancier komen. De definitieve aanvraag is verantwoordelijkheid van de specialist. Zijn handtekening is dan ook vereist.)

1. Verzekerde gegevens (informatie wordt overgenomen van fase 1)

2. Vragen evaluatie		
Datum evaluatie		
Uitgevoerd door:		
Hoe gaat het met slapen	Goed/niet goed	Toelichting:
Hoeveel uur slaapt u gemiddeld met het hulpmiddel	
Wordt u 's nachts wel eens wakker van therapie-gerelateerde klachten?	Ja/nee,	Toelichting:
Welke klachten had u voor de therapie en heeft u deze klachten nog?	Overmatige slaperigheid Stokkende ademhaling Herhaald wakker schrikken Niet verfrissende slaap Vermoeid overdag Concentratieverlies	Afwezig/afgenomen/onveranderd Afwezig/afgenomen/onveranderd Afwezig/afgenomen/onveranderd Afwezig/afgenomen/onveranderd Afwezig/afgenomen/onveranderd Afwezig/afgenomen/onveranderd
Heeft u 's ochtends nog wel eens een droge keel of geïrriteerde slijmvliezen?	Ja/nee	

3. Patiënten oordeel

<input type="radio"/> Positief, patiënt wil graag doorgaan met therapie	Datum:
<input type="radio"/> Negatief, patiënt wil stoppen met therapie	Datum:
4. Evaluatie Apneu/Hypopneu Index (AHI voor start therapie):	Therapie effectiviteit
Apneu/Hypopneu Index (AHI met gebruik van apparatuur bij geslaagde proefplaatsing):	
5. Evaluatie Therapietrouw tijdens proefperiode:	Therapie trouw + aantal uren gebruik per nacht
6. Evaluatie Rugligging	Effectiviteit < 5% per nacht <10% per nacht
	• (Alleen bij positietraining)

7. Geleverde apparatuur definitieve aanvraag

Geplaatst sinds	dd/mm/jjjj
Apparaat	CPAP/Auto-cpap/Bipap
Serienummer CPAP	
Serienummer Bevochtiger	
Type masker/maat	
Flexmodus	
Ramp instelling (min.)	
Minimale rampdruk	
Opmerkingen:	

8. Opmerkingen en motivatie

--



9. Instelling en aanvrager gegevens			
Instelling		Telefoonnummer	
AGB-code		E-mailadres	
Klantnummer		Datum	
Afdeling		Patiëntnaam	
Naam			
Voorschrijver naam		Handtekening	
Adres			
Postcode			
Plaats			