



3-in-1 Formulier inzake slaapapneu

Fase 1 Specialist/Slaapkliniek

1.1 Gegevens patiënt			
Naam		Voorletters	
Adres		Postcode	
Woonplaats			
Geslacht	M/V	Geboortedatum	dd/mm/jj
Burgerservicenummer			
Telefoonnummer		Mobielnummer	
E-mailadres			
Zorgverzekeraar		Polisnummer	
Eventuele bijzonderheden (zoals eventueel klantnummer, ander afleveradres, inkooporder etc.)			

1.2 Diagnose			
Onderzoeksdatum	dd/mm/jj	<input type="checkbox"/> Polygrafie	<input type="checkbox"/> Polysomnografie
Apneu/hypopneu index (AHI)	AHI ...		
<input type="checkbox"/> Typerende klachten behorend bij apneu, niet anders verklaard			
Medische indicatie	<input type="checkbox"/> OSAS	<input type="checkbox"/> CSAS	<input type="checkbox"/> POSAS
Bijzonderheden (o.a. Functieproblemen, beperkingen of communicatieproblemen)			

1.3 Aanvraag therapie			
<input type="checkbox"/> Nieuwe patiënt			
<input type="checkbox"/> Vervanging 1 ^e hulpmiddel		<input type="checkbox"/> Aanvraag 2 ^e hulpmiddel	
<input type="checkbox"/> Eerder hulpmiddel? Zo ja welk?	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> Positietrainer
Sinds?	dd/mm/jj		
<i>(indien van toepassing)</i> Motivatie keuze ander hulpmiddel			
<input type="checkbox"/> Proefperiode CPAP/APAP/BPAP		Indien AHI > 5	<i>(door naar 1.3.1)</i>
<input type="checkbox"/> Aanvraag MRA		Indien AHI > 30 motivatie:	<i>(door naar 1.3.2)</i>
<input type="checkbox"/> Aanvraag Positietrainer		Indien AHI > en < 30	<i>(door naar 1.3.3)</i>

1.3.1 Aanvraag en instellingen cpap apparatuur					
<input type="checkbox"/> CPAP	Drukcm H2O			
<input type="checkbox"/> APAP	Onderdrukcm H2O	Bovendruk	...cm H2O	
<input type="checkbox"/> BPAP	Lpapcm H2O	Epap	...cm H2O	
	Imax		Emin	...cm H2O	Ps max ...cm H2O
Bevochtiger	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee			

**Bijzonderheden cpap en/of masker**

(speciale functie vereisten, zoals rampinstelling, minimale rampdruk))

1.3.2 Aanvraag MRA

Gebitsituatie	<input type="radio"/> Edentaat	<input type="radio"/> Dentaat
---------------	--------------------------------	-------------------------------

Informed consent getekend	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
---------------------------	--------------------------	---------------------------

Bijzonderheden MRA

(speciale functievereisten)

1.3.3 Aanvraag Positietrainer

Inzet Positietrainer is mogelijk op het moment dat er sprake is van stand van wetenschap en praktijk en dus opgenomen in de Zorgverzekeringswet. *

AHI rugligging	<input type="radio"/> 2x groter dan in rugligging
----------------	---

% Rugligging	<input type="radio"/> > 10%
--------------	-----------------------------

Bijzonderheden positietrainer

(speciale functievereisten)

1.4 Gegevens aanvrager en Instelling

Naam Instelling	
-----------------	--

AGB-code	
----------	--

Klantnummer	
-------------	--

Afdeling	
----------	--

Telefoon	
----------	--

E-mail	
--------	--

Adres	
-------	--

Postcode	
----------	--

Plaats	
--------	--

Naam Voorschrijver	
--------------------	--

Datum	
-------	--

Dd/mm/jj	
----------	--



Fase 2 Leverancier

2 A Leverancier: Afleverbon CPAP/APAP/BPAP

2.1 Gegevens patiënt

(zie 1.1 gegevens worden automatisch overgenomen)

2.2 Aanvraag en instellingen cpap apparatuur

(zie 1.3.1 gegevens worden automatisch overgenomen)

2.3 Geleverde CPAP apparatuur

Plaatsingsdatum	dd/mm/jj					
<i>(alleen tijdens proefperiode gewijzigde gegevens worden hieronder opgenomen)</i>						
<input type="radio"/> CPAP	Druk	...cm H2O				
<input type="radio"/> APAP	Onderdruk	...cm H2O	Bovendruk	...cm H2O		
<input type="radio"/> BPAP	Lpap	...cm H2O	Epap	...cm H2O		
	I _{max}		E _{min}	...cm H2O	Ps max	...cm H2O
<i>(aangevuld met)</i>						
Merk						
Serienummer apparaat						
Serienummer bevochtiger						
Type masker	<input type="radio"/> Neus	<input type="radio"/> Intranasaal	<input type="radio"/> Fullface	Merk	
Maat masker	<input type="radio"/> Small	<input type="radio"/> Medium	<input type="radio"/> Large	<input type="radio"/> Anders ...		
Flexmodus	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	Stand	...		
Minimale rampdruk	...cm H2O	Duur	... Minuten			
PM Datum afspraak specialist	dd/mm/jj					
Bijzonderheden CPAP en/of masker						
(o.a. Roker <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee)						
(o.a. Consignatie apparatuur <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee)						

2 B Tandheelkundig specialist: Levering MRA

2.1 Gegevens patiënt

(zie 1.1 gegevens worden automatisch overgenomen)

2.2 Aanvraag MRA

(zie 1.3.2 gegevens worden automatisch overgenomen)

2.3 Gegevens leverancier/tandheelkundig specialist

Naam behandelaar	
Bedrijfsnaam	
Telefoon	
E-mail	
Adres	
Postcode	
Plaats	



2.4 Geleverde MRA	
Plaatsingsdatum	dd/mm/jj
Type	
Merk	
<input type="checkbox"/> Aangemeten conform Zorgpad MRA en NVTs standaard	
<input type="checkbox"/> Tweede controleonderzoek uitgevoerd	
Naam verantwoordelijkheid tandheelkundig specialist	
PM Vervolgafpraak specialist	dd/mm/jj

2 C Levering hulpmiddel positietrainer

2.1 Gegevens patiënt

(zie 1.1 gegevens worden automatisch overgenomen)

2.2 Aanvraag positietrainer

(zie 1.3.3 gegevens worden automatisch overgenomen)

2.3 Gegevens leverancier

Naam behandelaar	
Bedrijfsnaam	
Telefoon	
E-mail	
Adres	
Postcode	
Plaats	
Bijzonderheden positietraining	

2.4 Geleverde positietrainer

Plaatsingsdatum	dd/mm/jj
Type	
Merk	



Fase 3 Definitieve aanvraag *(Ondertekenen door behandelend specialist/slaapkliniek)*

3.1 Gegevens patiënt

(zie 1.1 gegevens worden automatisch overgenomen)

3.2 Diagnosegegevens

(zie 1.2 gegevens worden automatisch overgenomen)

3.3 A Evaluatie CPAP

Datum evaluatie	dd/mm/jj	
Uitgevoerd door naam	Functie	
Therapietrouw	O Uitgelezen gemiddelde laatste 3 weken	
1. Hoeveel uur slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel?	... uur per nacht	
2. Hoeveel dagen slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel?	... dagen per week	
Therapie effectiviteit	O Niet beschikbaar	O Uitgelezen gemiddelde laatste 3 weken
3. AHI	AHI ...	
O Patiënt heeft geen gewenningsproblemen meer	O Er zijn nog gewenningsproblemen, die niet oplosbaar zijn voor de leverancier	
4. Eendoordeel patiënt	O Positief, wil graag doorgaan O Negatief, wil stoppen met therapie	

3.3 B Evaluatie MRA

Datum evaluatie	dd/mm/jj	
Uitgevoerd door naam	Functie	
Therapietrouw	O Gevraagd	O Chip uitgelezen gemiddelde laatste 3 weken
1. Hoeveel uur slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel?	... uur per nacht	
2. Hoeveel dagen slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel?	... dagen per week	
O Patiënt heeft geen gewenningsproblemen meer	O Er zijn nog gewenningsproblemen, die niet oplosbaar zijn voor de leverancier	
4. Eendoordeel patiënt	O Positief, wil graag doorgaan O Negatief, wil stoppen met therapie	

3.3 C Evaluatie positietrainer

Datum evaluatie	dd/mm/jj	
Uitgevoerd door naam	Functie	
Therapietrouw	O Uitgelezen gemiddelde over laatste 3 weken ...	
1. Hoeveel uur slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel?	... uur per nacht	
2. Hoeveel dagen slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel?	... dagen per week	
Therapie effectiviteit	% rugligging%
3. AHI	AHI ...	
O Patiënt heeft geen gewenningsproblemen meer	O Er zijn nog gewenningsproblemen, die niet oplosbaar zijn voor de leverancier	
4. Eendoordeel patiënt	O Positief, wil graag doorgaan O Negatief, wil stoppen met therapie	



3.4 Gegevens slaaponderzoek			
O Slaaponderzoek		O NVT: geen slaaponderzoek	
Therapie effectiviteit	AHI	Of percentage rugligging	...%

3.5 Anamnese overig
Typerende klachten behorend bij apneu, niet anders verklaard
<input type="radio"/> Onveranderd
<input type="radio"/> Enigszins afgenomen
<input type="radio"/> Sterk afgenomen
Toelichting verantwoordelijk specialist (bij AHI > 10)
Bijzonderheden/opmerkingen behandelaar

3.5 A Geleverde CPAP apparatuur Definitief (zie 2.3 gegevens worden automatisch overgenomen; alleen invullen indien afwijkend)						
Plaatsingsdatum	dd/mm/jj					
<input type="radio"/> CPAP	Druk	...cm H2O				
<input type="radio"/> APAP	Onderdruk	...cm H2O	Bovendruk	...cm H2O		
<input type="radio"/> BPAP	Lpap	...cm H2O	Epap	...cm H2O		
	Imax		Emin	...cm H2O	Ps max	...cm H2O
Merk						
Serienummer apparaat						
Serienummer bevochtiger						
Type masker		<input type="radio"/> Neus	<input type="radio"/> Intranasaal	<input type="radio"/> Fullface	Merk ...	
Maat masker		<input type="radio"/> Small	<input type="radio"/> Medium	<input type="radio"/> Large	<input type="radio"/> Anders ...	

3.5 B Geleverde MRA Definitief (zie 2.4 gegevens worden automatisch overgenomen)
--

3.5 C Geleverde positietrainer Definitief (zie 2.4 gegevens worden automatisch overgenomen)

1.4 Gegevens aanvrager en Instelling (zie 1.4 gegevens worden automatisch overgenomen)	
Naam verantwoordelijk specialist	
Specialisme	
Handtekening	
Datum	dd/mm/jj