

Fase 1 Specialist/Slaapkliniek

1.1 Gegevens patiënt

Naam: _____

Voorletters: _____ m v

Adres: _____

Postcode / woonplaats: _____

Geboortedatum: _____ Burgerservicenummer: _____

Telefoonnummer: _____ Mobiel nummer: _____

E-mailadres: _____

Zorgverzekeraar: _____ Polisnummer: _____

Eventuele bijzonderheden

(zoals eventueel klantnummer, ander afleveradres, inkooporder etc.)

1.2 Diagnose

Onderzoeksdatum (dd/mm/jj) _____ Polygrafie Polysomnografie

Apneu/hypopneu index (AHI) AHI _____

Typerende klachten behorend bij apneu, niet anders verklaard

Medische indicatie OSAS CSAS POSAS

Bijzonderheden
(o.a. Functieproblemen, beperkingen of communicatieproblemen)

1.3 Aanvraag therapie

Nieuwe patiënt

Vervanging 1^e hulpmiddel Aanvraag 2^e hulpmiddel

Eerder hulpmiddel? Zo ja welk? CPAP MRA Positietrainer

Sinds (dd/mm/jj)? _____

Motivatie keuze ander hulpmiddel (indien van toepassing)

- Proefperiode CPAP/APAP/BPAP
- Aanvraag MRA
- Aanvraag Positietrainer
- Indien AHI > 5 (door naar 1.3.1)
- Indien AHI > 30 motivatie: (door naar 1.3.2)
- Indien AHI > en < 30 (door naar 1.3.3)

1.3.1 Aanvraag en instellingen cpap apparatuur

<input type="radio"/> CPAP	Druk	_____	cm H ₂ O				
<input type="radio"/> APAP	Onderdruk	_____	cm H ₂ O	Bovendruk	_____	cm H ₂ O	
<input type="radio"/> BPAP	Lpap	_____	cm H ₂ O	Epap	_____	cm H ₂ O	
	Imax			Emin	_____	cm H ₂ O	Ps max _____ cm H ₂ O

Bevochtiger Ja Nee

Bijzonderheden cpap en/of masker (speciale functie vereisten, zoals rampinstelling, minimale rampdruk)

1.3.2 Aanvraag MRA

Gebitsituatie Edentaat Dentaat

Informed consent getekend Ja 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 2x groter dan in rugligging

% Rugligging > 10%

Bijzonderheden positietrainer (speciale functievereisten)

1.4 Gegevens aanvrager en Instelling

Naam Instelling: _____
AGB-code: _____
Klantnummer: _____
Afdeling: _____
Telefoon: _____
E-mail: _____
Adres: _____
Postcode / woonplaats: _____
Naam Voorschrijver: _____
Datum: _____ dd/mm/jjjj: _____

Fase 2 Leverancier

2A 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

(zie 1.3.1 gegevens worden automatisch overgenomen)

Plaatsingsdatum (dd/mm/jj) _____

(alleen tijdens proefperiode gewijzigde gegevens worden hieronder opgenomen)

<input type="radio"/> CPAP	Druk	_____	cm H ₂ O					
<input type="radio"/> APAP	Onderdruk	_____	cm H ₂ O	Bovendruk	_____	cm H ₂ O		
<input type="radio"/> BPAP	Lpap	_____	cm H ₂ O	Epap	_____	cm H ₂ O		
	Imax			Emin	_____	cm H ₂ O	Ps max	_____

(aangevuld met) _____

Merk _____

Serienummer apparaat _____

Serienummer bevochtiger _____

Type masker Neus Intranasaal Fullface Merk _____

Maat masker Small Medium Large Anders _____

Flexmodus Ja Nee Stand _____

Minimale rampdruk _____ cm H₂O Duur _____ Minuten

PM Datum afspraak specialist (dd/mm/jj) _____

Bijzonderheden CPAP en/of masker

(o.a. Roker Ja Nee Consignatie apparatuur Ja Nee)

2B Tandheelkundig specialist: Levering MRA

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 Gegevens leverancier/tandheelkundig specialist

Naam behandelaar: _____

Bedrijfsnaam: _____

Telefoon: _____

E-mail: _____

Adres: _____

Postcode / woonplaats: _____

2.4 Geleverde MRA

Plaatsingsdatum (dd/mm/jj) _____

Type _____

Merk _____

Aangemeten conform Zorgpad MRA en NVTS standaard _____

Tweede controleonderzoek uitgevoerd _____

Naam verantwoordelijkheid tandheelkundig specialist _____

PM Vervolgafspraak specialist (dd/mm/jj) _____

2C 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

(zoals eventueel klantnummer, ander afleveradres, inkooporder etc.)

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

1. Hoeveel uur slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel?

Uitgelezen gemiddelde laatste 3 weken _____

_____ uur per nacht

2. Hoeveel dagen slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel?

_____ dagen per week

Therapie effectiviteit Niet beschikbaar

Uitgelezen gemiddelde laatste 3 weken _____

3. AHI

AHI _____

Patiënt heeft geen gewenningsproblemen meer

Er zijn nog gewenningsproblemen,
die niet oplosbaar zijn voor de leverancier

4. Eendoordeel patiënt Positief, wil graag doorgaan

Negatief, wil stoppen met therapie

3.3 B Evaluatie CPAP

Datum evaluatie (dd/mm/jj) _____

Uitgevoerd door naam _____

Functie _____

Therapietrouw

1. Hoeveel uur slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel?

Uitgelezen gemiddelde laatste 3 weken _____

_____ uur per nacht

2. Hoeveel dagen slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel?

_____ dagen per week

Therapie effectiviteit Niet beschikbaar

Uitgelezen gemiddelde laatste 3 weken _____

3. AHI

AHI _____

Patiënt heeft geen gewenningsproblemen meer

Er zijn nog gewenningsproblemen,
die niet oplosbaar zijn voor de leverancier

4. Eendoordeel patiënt Positief, wil graag doorgaan

Negatief, wil stoppen met therapie

3.3 C Evaluatie positietrainer

Datum evaluatie (dd/mm/jj) _____

Uitgevoerd door naam _____

Functie _____

Therapietrouw _____

1. Hoeveel uur slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel?
2. Hoeveel dagen slaapt patiënt gemiddeld met het hulpmiddel?
Therapie effectiviteit _____
3. AHI _____
4. Eindoordeel patiënt Positief, wil graag doorgaan Negatief, wil stoppen met therapie

Uitgelezen gemiddelde over laatste 3 weken _____

_____ uur per nacht

_____ dagen per week

rugligging _____ %

AHI _____

3.4 Gegevens slaaponderzoek

Slaaponderzoek

NVT: geen slaaponderzoek

Therapie effectiviteit _____

AHI _____

percentage rugligging _____ %

3.5 Anamnese overig

Typerende klachten behorend bij apneu, niet anders verklaard

Onveranderd

Enigszins afgenomen

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) _____

CPAP

Druk _____

_____ cm H₂O

APAP

Onderdruk _____

_____ cm H₂O

Bovendruk _____

_____ cm H₂O

BPAP

Lpap _____

_____ cm H₂O

Epap _____

_____ cm H₂O

Imax _____

Emin _____

_____ cm H₂O

Ps max _____

_____ cm H₂O

Merk _____

Serienummer apparaat _____

Serienummer bevochtiger _____

Type masker

Neus

Intranasaal

Fullface

Merk _____

Maat masker

Small

Medium

Large

Anders _____

3.5 B Geleverde MRA Definitief

(zie 2.4 gegevens worden automatisch overgenomen)

3.5 Geleverde positietrainer Definitief

(zie 2.4 gegevens worden automatisch overgenomen)

3.6 Gegevens aanvrager en Instelling

(zie 1.4 gegevens worden automatisch overgenomen)

Naam verantwoordelijk specialist: _____

Specialisme: _____

Handtekening: _____

Datum (dd/mm/jj): _____

Dit formulier kunt u sturen naar Nationale-Nederlanden, Postbus 4016, 5004 JA Tilburg.
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de Nationale-Nederlanden Klantenservice, telefoonnummer 026 353 53 53.