



VIVISOL

Aanvraagformulier positietherapie

NB: wij nemen alleen volledig ingevulde aanvraagformulieren in behandeling.

Persoonlijke gegevens:

Naam :	Telefoonnummer :
Voorletters :	Mobiele nummer :
Geslacht :	Contactpersoon :
Adres :	Tel. contactpersoon:
Postcode & plaats :	Zorgverzekeraar :
Geboortedatum : - -	Polisnummer :
Emailadres patiënt:	

Klachten

Bij patiënt is sprake van overmatige slaperigheid overdag, niet anders verklaard ja nee

Minimaal 2 van de volgende klachten zijn aanwezig:	Afwezig	Licht tot matig	Ernstig
Herhaald wakker schrikken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stokkende ademhaling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermoeidheid overdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niet-verfrissende slaap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICD of Pacemaker?	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	
Akkoord Cardioloog?	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	

Waarden vastgesteld tijdens P(S)G

Apneu/Hypopneu Index (AHI): (aantal per uur)

Apneu/Hypopneu Index (AHI) in rugligging: (aantal per uur)

Apneu/Hypopneu Index (AHI) in overige posities: (aantal per uur)

Percentage rugligging tijdens slaap (>10 %):

Naam behandelend arts:

Handtekening