

**Verzekerde**

Voorletters en achternaam\*  m  v

Adres\*  Huisnummer\*

Postcode\*  Woonplaats\*

Geboortedatum\*  Relatienummer\*

Telefoonnummer  E-mail

\* verplicht invullen.

**Leverancier**

Bedrijfsnaam\*

AGB code\*  Adres\*

Postcode\*  Woonplaats\*

Telefoon\*  E-mail\*

\* verplicht invullen.

**Betreft het een eerste verstrekking**

- Ja  
 Nee

**Betreft het een aanvraag voor**

- standaard CPAP  
 auto CPAP  
 Bi-level PAP (BPAP/BiPAP)  
 drukinstelling  (cm H20)

**OSAS is aangetoond door middel van**

- polygrafie  
 polysomnografie  
 anders, nl

**Is een MRA mogelijk?**

- Ja  
 Nee, Waarom niet?

**Indien Ja, is die in gebruik?**

- Ja, van wanneer tot wanneer en met welk resultaat   
 Indien gestopt, wat was de reden?   
 Indien Nee, Waarom niet?

Evaluatie van de proefperiode:	Voor proefperiode			Na proefperiode		
<b>AHI</b> (vul het aantal AHI van voor en na de proefperiode in)	Aantal AHI: <input type="checkbox"/> zonder MRA <input type="checkbox"/> met MRA			Aantal AHI: <input type="checkbox"/> zonder MRA <input type="checkbox"/> met MRA		
<b>RERA</b> (vul het aantal RERA van voor en na de proefperiode in)	Aantal RERA's:			Aantal RERA's:		
<b>Hypersomnolentie</b> (omcirkel de mate die van toepassing is voor en na proefperiode)	<b>licht</b> (overdag in slaap vallen tijdens tv kijken)	<b>matig</b> (overdag in slaap vallen tijdens vergadering)	<b>ernstig</b> (overdag in slaap vallen tijdens auto besturen)	<b>licht</b> (overdag in slaap vallen tijdens tv kijken)	<b>matig</b> (overdag in slaap vallen tijdens vergadering)	<b>ernstig</b> (overdag in slaap vallen tijdens auto besturen)
<b>Overige klachten, indien van toepassing</b>						
Stokkende ademhaling	licht	matig	ernstig	licht	matig	ernstig
Herhaald wakkerschrikken	licht	matig	ernstig	licht	matig	ernstig
Niet verfrissende slaap	licht	matig	ernstig	licht	matig	ernstig
Vermoeidheid overdag	licht	matig	ernstig	licht	matig	ernstig
Concentratieverlies	licht	matig	ernstig	licht	matig	ernstig

Kopie van Epworth Sleepiness Scale (ESS) meesturen.

1. De periode van de proefaanpassing was van:

□□-□□-□□□□t/m □□-□□-□□□□

2. De frequentie van het gebruik van de CPAP-apparatuur gedurende de proefperiode was?

(gemiddeld) aantal uren per nacht: \_\_\_\_\_

(gemiddeld) aantal nachten per week: \_\_\_\_\_

### Aanvragend arts

Voorletters en achternaam \_\_\_\_\_  m  v

Medisch Specialist, nl. \_\_\_\_\_ Anders, nl. \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Datum □□-□□-□□□□

Handtekening \_\_\_\_\_

Toelichting \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wij verzoeken u bij het invullen van het aanvraagformulier alle relevante informatie te verstrekken zodat beoordeeld kan worden of het aangevraagde hulpmiddel binnen de verzekeringsvoorwaarden valt. Wij verzoeken u "Medisch geheim" op de envelop te vermelden.

### Alles ingevuld?

Verstuur de aanvraag naar [machtigingen@zorgzekerheid.nl](mailto:machtigingen@zorgzekerheid.nl). Eventueel kunnen aanvragen ook per post verstuurd worden naar Zorg en Zekerheid, postbus 400, 2300 AK LEIDEN. Gelieve op de envelop 'Medisch Geheim' te vermelden.

Op grond van de Regeling zorgverzekering danwel op grond van de polisvoorwaarden van onze verzekering, kan aanspraak op zorg slechts tot gelding worden gebracht, voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. De zorgverzekeraar kan derhalve, met inachtneming van het voorgaande, de vergoeding van hulpmiddelen weigeren. Deze algemene afwijzingsgronden zijn, waar nodig, in een aantal artikelen die het verstrekken van bepaalde hulpmiddelen regelen, aangevuld met bepalingen omtrent de indicatie. Het aanschaffen van een hulpmiddel is redelijkerwijs overbodig wanneer de verzekerde, afgezien van het noodzakelijke reserve-exemplaar bij sommige hulpmiddelen, reeds over een goed bruikbaar hulpmiddel beschikt. Onnodig kostbare of onnodig gecompliceerde middelen dienen niet te worden gedeclareerd in het kader van de Zvw. Wat in dit opzicht onnodig is, wordt in overwegende mate bepaald door de situatie, waarin de verzekerde op het gebruik van het hulpmiddel is aangewezen. Ook de doelmatigheid van een hulpmiddel wordt, behalve door de aard en kwaliteit van de constructie, mede bepaald door individuele factoren, die de zorgverzekeraar in zijn overwegingen zal betrekken.