



Žiadosť o súhlas s poskytnutím CPAP liečby

Údaje o poistencovi

Meno a priezvisko poistenca:

Číslo poistenca (rodné číslo):

Adresa poskytovania prístroja:

Telefónne číslo na kontaktnú osobu:

Indikovaný prístroj

ŠUKL kód prístroja:

Názov prístroja:

Maska (ŠUKL kód + názov):

Indikujúci lekár

Meno a priezvisko indikujúceho lekára:

Kód indikujúceho lekára:

Názov a adresa spánkového laboratória:

Kód poskytovateľa:

Telefónne číslo na indikujúceho lekára:

Email kontakt na indikujúceho lekára:

Indikačné kritériá:

Kód diagnózy podľa MKCH:

Diagnóza slovom:

Vyhodnotenie predchádzajúcej anamnézy:

Výsledky vyšetrenia v spánkovom laboratóriu:

Dátum vyšetrenia v spánkovom laboratóriu:

| | | | | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|--|-----|--|
| | výška | | váha | | BMI | |
| A | AHI (bez prístroja) | | AHI (po titracii prístrojom CPAP) | | | |
| | ODI | | | | | |
| B | dĺžka trvania hyposaturácie pod 85% z celkovej doby spánku v % | | | | | |
| C | ESS | | | | | |
| | arousal index | | | | | |

