

Gegevens verzekerde

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Relatienummer: _____

Gegevens voorschrijver

Naam medisch specialist: _____

Verbonden aan ziekenhuis: _____

Adres: _____

AGB-code: _____

Objectieve gegevens uit (poly) somnografie-onderzoek:

Onderzoeksdatum: _____

Apneu/Hypopneu index: _____

Respiratory Arousal index: _____

BMI: _____

Klachten

stokkende ademhaling

vermoeidheid overdag

overmatige slaperigheid overdag, niet anders verklaard

informatie over alcoholgebruik is gegeven

herhaald wakker schrikken

concentratieverlies

pogingen tot gewichtreductie hebben plaatsgevonden

informatie over slaaphygiëne is gegeven

niet verfrissende slaap

Gaat het om de allereerste levering van een MRA-beugel aan verzekerde?

ja

nee

Zo nee, motiveer deze aanvraag: _____

Gebruikt verzekerde al CPAP-apparatuur?

ja

nee

Zo ja, dient de MRA-beugel ter vervanging of ter aanvulling op de CPAP-apparatuur?

ter vervanging

ter aanvulling



Dit formulier kunt u samen met de offerte van de tandarts, orthodontist of kaakchirurg insturen. Deze offerte moet zijn opgesteld op basis van de tarieven van NZa en/of NMT. Vermeld techniekkosten en MRA-fabrikant a.u.b. apart. Alvast bedankt voor uw medewerking.

Handtekening medisch specialist: _____

Datum: _____



Dit formulier kunt u sturen naar **CZ, Medische beoordelingen en Zorgservice PZP, Postbus 4322, 5004 JH Tilburg**.
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling Medische beoordelingen en Zorgservice PZP,
telefoonnummer: (013) 594 97 27