

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

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> stokkende ademhaling | <input type="checkbox"/> herhaald wakker schrikken | <input type="checkbox"/> pogingen tot gewichtreductie hebben plaatsgevonden |
| <input type="checkbox"/> niet verfrissende slaap | <input type="checkbox"/> vermoeidheid overdag | <input type="checkbox"/> informatie over alcoholgebruik is gegeven |
| <input type="checkbox"/> concentratieverlies | <input type="checkbox"/> overmatige slaperigheid overdag, niet anders verklaard | <input type="checkbox"/> informatie over slaaphygiëne is gegeven |

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, othodontist 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



Wij vragen u dit formulier volledig in te vullen.



Dit formulier kunt u sturen naar CZ, Postbus 90152, 5000 LD Tilburg.
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met CZ Klantenservice, telefoonnummer 0900 0949.