

Gegevens verzekerde



Naam

Adres

Postcode en woonplaats

Geboortedatum

Polisnummer/inschrijfnummer

Gegevens voorschrijver



Naam medisch specialist

Verbonden aan ziekenhuis

Objectieve gegevens uit (poly) somnografie onderzoek:

Onderzoeksdatum

Apneu/Hypopneu index

Respiratory Arousal index

BMI

Klachten

- stokkende ademhaling
- herhaald wakker schrikken
- niet verfrissende slaap
- vermoeidheid overdag
- concentratieverlies
- overmatige slaperigheid overdag, niet anders verklaard

- pogingen tot gewichtreductie hebben plaatsgevonden
- informatie over alcoholgebruik is gegeven
- informatie over slaaphygiëne is gegeven

Dit formulier in combinatie met de offerte van de tandarts insturen. Deze offerte dient te zijn opgesteld met de juiste UPT codes.
Techniekkosten en MRA fabrikant apart vermelden.



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.