

Aanvraagformulier edentate patiënten

Naam Zorgverstrekker : _____

AGB-code : _____

Geachte heer, mevrouw,

Hierbij verzoeken wij u een machtiging te verstrekken voor het aanmeten van een op maat gemaakte MRA, voor uw verzekerde:

Naam : _____

Adres : _____

Postcode/plaats : _____

Geboortedatum : - - _____

Zorgverzekeraar : _____

BSN nummer : _____

Indicatie

Er is sprake van een Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS) met:

- AHI >30. Verklaring van verwijzer is aanwezig
- Minimaal 2 klachten
- Vervangende MRA

Aanvragen kunnen gemaild worden naar hulpmiddelen@dsw.nl.

Het aanmeten, instrueren en opvolgen van de MRA-behandeling zal verlopen volgens de meest recente richtlijnen van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Handtekening zorgverlener : _____