

### Algemene gegevens

**A** Achternaam en voorletters

Straatnaam/huisnummer

Postcode/woonplaats

Geboortedatum   man  vrouw

Verzekerd bij  Zilveren Kruis Achmea (inclusief DVZ)  Interpolis  OZF<sup>1</sup>  Avéro Achmea

Burgerservicenummer

Relatienummer

**B** Naam tandarts/orthodontist

Straatnaam/huisnummer

Postcode/woonplaats

Naam aanvragend neuroloog/kno-arts/longarts

Straatnaam/huisnummer

Postcode/woonplaats

Naam leverancier MRA:	Type MRA
<input type="checkbox"/> Goedegebuure Tandtechniek	<input type="checkbox"/> Somnodent
<input type="checkbox"/> Orthoflex	<input type="checkbox"/> TAP appliance
<input type="checkbox"/> Tandtechnisch lab J. v.d. Bijl	<input type="checkbox"/> Easy comfort of <input type="checkbox"/> TAP appliance
<input type="checkbox"/> Overige* <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

\* bij niet gecontracteerde zorg geldt een restitutievergoeding

**Goedegebuure Tandtechniek**, Reehorsterweg 25, 6717 LD Ede (Gelderland), telefoon (0318) 63 29 08.

Voor de lijst met samenwerkende tandartsen: [www.apneupagina.nl](http://www.apneupagina.nl)

**Orthoflex**, Nijverheidsweg 15, 7471 EW Goor (Overijssel), telefoon (0547) 27 16 90.

**Tandtechnisch Laboratorium J.v.d.Bijl BV**, Dr. Paul Janssenweg 143, 5026 RH Tilburg, telefoon (013) 467 80 80.

### 1. Indicatiestelling OSAS (in te vullen door aanvragend neuroloog, kno-arts of longarts)

Om aanspraak te kunnen maken op een MRA apparaat moet de verzekerde voldoen aan: criterium A of B, plus C.

#### 1.1 Welke criteria zijn bij de verzekerde van toepassing:

**A** Overmatige slaperigheid overdag, niet anders verklaard  Ja  Nee

**B** Twee of meer van onderstaande klachten welke niet verklaard door iets anders:

- stokkende ademhaling  Ja  Nee
- herhaald wakker schrikken  Ja  Nee
- niet verfrissende slaap  Ja  Nee
- vermoeidheid overdag  Ja  Nee
- concentratieverlies  Ja  Nee

**C** Meer dan 5 respiratoire obstructieve events / uur nachtelijke slaap  Ja  Nee

**1.2** De verzekerde heeft de indicatie OSAS  Ja  Nee

**1.3** De AHI bedraagt

**1.4** De specialist zorgt ervoor dat drie maanden na levering van de MRA vastgesteld wordt wat het effect ervan is op de onder 1.1. vastgestelde klachten om daarmee de effectiviteit van de MRA te objectiveren en zo nodig aanvullende/andere behandelvorm in te zetten.  Ja  Nee

Handtekening neuroloog/kno-arts/longarts

## 2 Keuze voor MRA

Ten behoeve van de keuze voor een MRA apparaat wordt er gewerkt volgens onderstaand schema (volgens CBO richtlijn).

Indeling	AHI	Eerste interventie	Tweede interventie
Normaal	<5 p/u	Geen	Geen
Mild	5 - <15 p/u	MRA	CPAP
Matig	15 - <30 p/u	MRA	CPAP
Ernstig	>30 p/u	CPAP	MRA

2.1 Gebitssituatie

edentaat  dentaat

2.2 De gebitssituatie is geschikt bevonden voor het gebruik van een MRA

Ja  Nee

2.3 De verzekerde heeft een 'informed consent' getekend voordat de behandeling met een MRA is gestart, waarin de nadelen en bijwerkingen van de MRA vermeld staan

Ja  Nee

## 3 Indienen van de aanvraag

Dit aanvraagformulier stuurt u samen met de offerte naar ons toe. Op de offerte vermeldt u de verschillende verrichtingen met de UPT codes, het desbetreffende tarief en de techniekkosten.

Handtekening tandarts

Handtekening voorschrijver