

VERWIJSFORMULIER MRA

Patiëntsticker (of NAW patiënt):

Geboortedatum: _____ - _____ - _____

BSN: _____

Zorgverzekeraar: _____

Datum: _____ - _____ - _____

Verwijzing van:

Verwijzing naar:

INDICATIESTELLING

Is er sprake van (niet anders verklaard):

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Overmatige slaperigheid overdag | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 2. Stokkende ademhaling gedurende de slaap | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 3. Herhaald wakker schrikken gedurende de slaap | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 4. Niet verfrissende slaap | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 5. Vermoeidheid overdag | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 6. Concentratieverlies | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

Gemeten AHI:

De patiënt heeft de indicatie OSAS ja nee

Als behandeling wordt gekozen voor een MRA

Patiënt is reeds in bezit van CPAP

Als de AHI > 30, motivatie waarom niet gekozen wordt voor CPAP

Als de patiënt reeds in bezit is van een CPAP, motivatie waarom deze therapie wordt afgebroken

Handtekening verwijzend specialist (Neuro/ KNO/ Long):

VOOR TANDHEELKUNDIG BEHANDELAAR

Gebitssituatie: Edentaat Dentaat

De gebitssituatie is geschikt bevonden voor het gebruik van een MRA: Ja Nee

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

Handtekening tandheelkundig behandelaar: