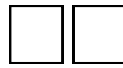


SOMNODENT OPDRACHTFORMULIER



ADMINISTRATIE 088 4300 201
LAB 088 4300 202

PATIËNTSTICKER (OF NAW PATIËNT)

GEBORTE DATUM _____ - _____ - _____

BSN _____

ZORGVERZEKERAR _____

«Deb nr»

«PRAKTIJK»

«AFD» «behandelaar»

«adres», «plaats»

«TEL NR (OPDR FORM)»

«Dit staat op opdr# Form#»

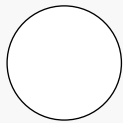
GEGEVENS VOOR LAB

LOGISTIEK

INSTUREN: _____ - _____ - _____

RETOUR: _____ - _____ - _____

PLAATSING: _____ - _____ - _____



TYPE SOMNODENT

- FLEX
- FUSION
- AVANT
- EDENT FLEX
- EDENT FUSION
- ANDER PRODUCT**
- SOMNOSNORE

TOEVOEGINGEN

- ELASTISCHE RETENTIE
- EXTRA ADEM RUIMTE
- BRUXISME:**
- EXTRA VERSTEVIING
- NTI CATWALK
- VIN-VERSTEVIING (FLEX)

MEEGESTUURD

- MONDSCAN
- BEETREGISTRATIE
- AFDRIJVEN OK EN BK
- MODELLEN OK EN BK
- PUTTYMODEL BOVEN-PROTHESE T.B.V. EDENT
- ANDERS:

REPARATIE

- WIJZIGING BEET
- REBASING
- ORIGINELE LEVERDATUM
- SOMNODENT NUMMER
- SPSD - _____

_____ - _____ - _____

GEGEVENS BEETREGISTRATIE

POSITIE CENTRALE RELATIE _____ MM

POSITIE MAXIMALE PROTRUSIE _____ MM

TOTALE PROTRUSIEVE PAD _____ MM

THERAPEUTISCHE POSITIE _____ MM

ZIJDELIJNSE VERSCHUIVING: JA / NEE

LINKS / RECHTS _____ MM

DE GEBIT-/MONDSITUATIE IS ONDERZocht, BEOORDEELD EN GESCHIKT VOOR HET AANMETEN VAN EEN MRA.

HANDETEKENING BEHANDELAAR

GEGEVENS VOOR ADMINISTRATIE

FACTURATIE

- WIJ REKENEN ZELF AF MET PATIËNT
- SOMNOMED VERZORGT (MACHTIGING +) DECLARATIE

VERWIJZING

DATUM VERWIJZING: _____ - _____ - _____ AHI: _____

ZIEKENHUIS _____

AFDELING _____

VERWIJZER _____

ANDER / EERDER HULPMIDDEL

PATIËNT IS REEDS IN BEZIT VAN CPAP OF SPT?

- NEE
- JA, MAAR IS / WORDT INGELEVERD.
- JA, ONDERBOUWING COMBINATIETHERAPIE AANWEZIG; GRAAG MACHTIGING AANVRAGEN EN OPDRACHT IN DE WACHT

PATIËNT HEEFT EERDER EEN MRA VERGOED GEHAD?

- NEE
- JA, WANNEER _____ - _____ - _____

GEEN OPT / OPG DECLAREREN BIJ PATIËNT

EXTRA OPMERKINGEN: