



VIVISOL

Home Care Services

AANVRAAGFORMULIER MRA

Gegevens van de patiënt:	Gegevens van de voorschrijver:
Geslacht: Naam: Adres: Postcode / Plaats: Geboortedatum: BSN: Telefoonnr.: Zorgverzekeraar:	Datum aanvraag: Naam medisch specialist: Ziekenhuis:

Indicatiestelling

Is er sprake van (niet anders verklaard)

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| - Overmatige slaperigheid overdag | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Stokkende ademhaling | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Herhaald wakker schrikken | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Niet verfrissende slaap | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Vermoeidheid overdag | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Concentratieverlies | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Patiënt heeft de indicatie OSAS

Ja Nee

- Gemeten AHI _____
- Onderzoeksdatum: _____

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

Betreft het hier de 1^e levering van een MRA aan de patiënt? Zo nee, graag uw motivatie.

Ja

Nee, _____

Gebruikt de patiënt al CPAP-apparatuur?

Nee

Ja, dient deze MRA...

Ter vervanging, want _____

Ter aanvulling, want _____

Graag de volgende bijlagen toevoegen bij deze aanvraag:

- Uitdraai P(S)G
- KNO verslag
- Foto's (OPG)

Handtekening medisch specialist:

Vivisol Nederland B.V.

Swaardvenstraat 27 5048 AV Tilburg

F: 013 5231029 E: mra@vivisol.nl