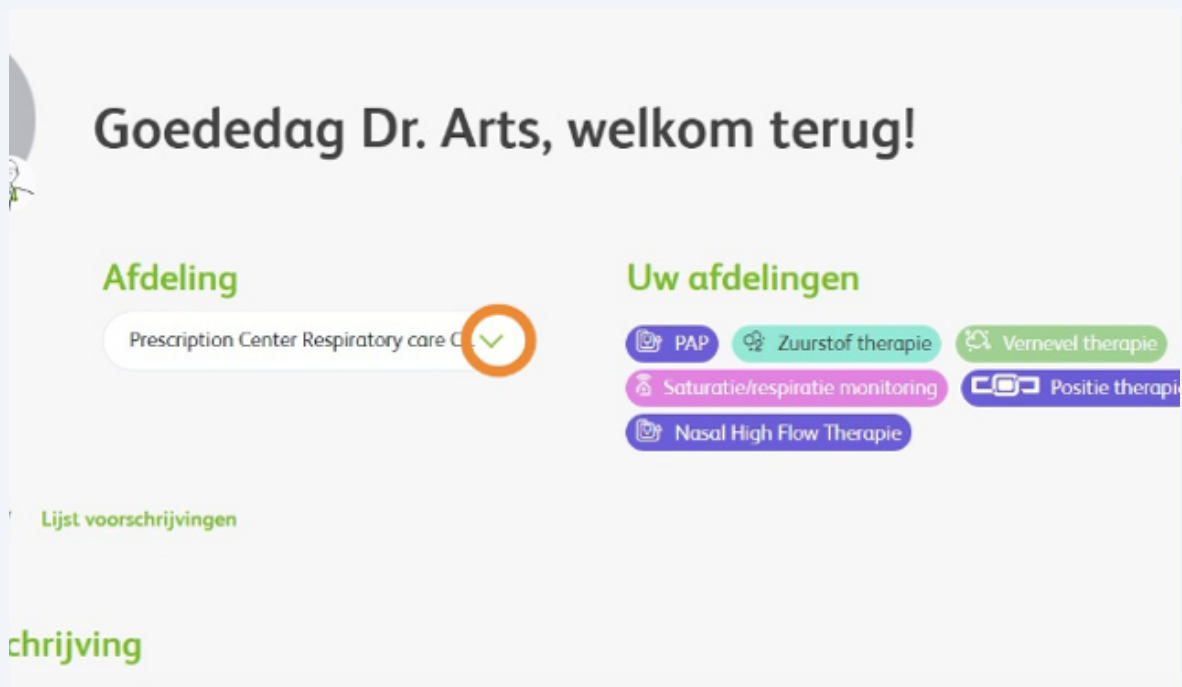


# Instructie MRA door de kaakchirurg

1 Instructie voor het aanvragen van een MRA beugel door de kaakchirurg

2 Log in op uw account en kies de juiste afdeling via het dropdown menu.



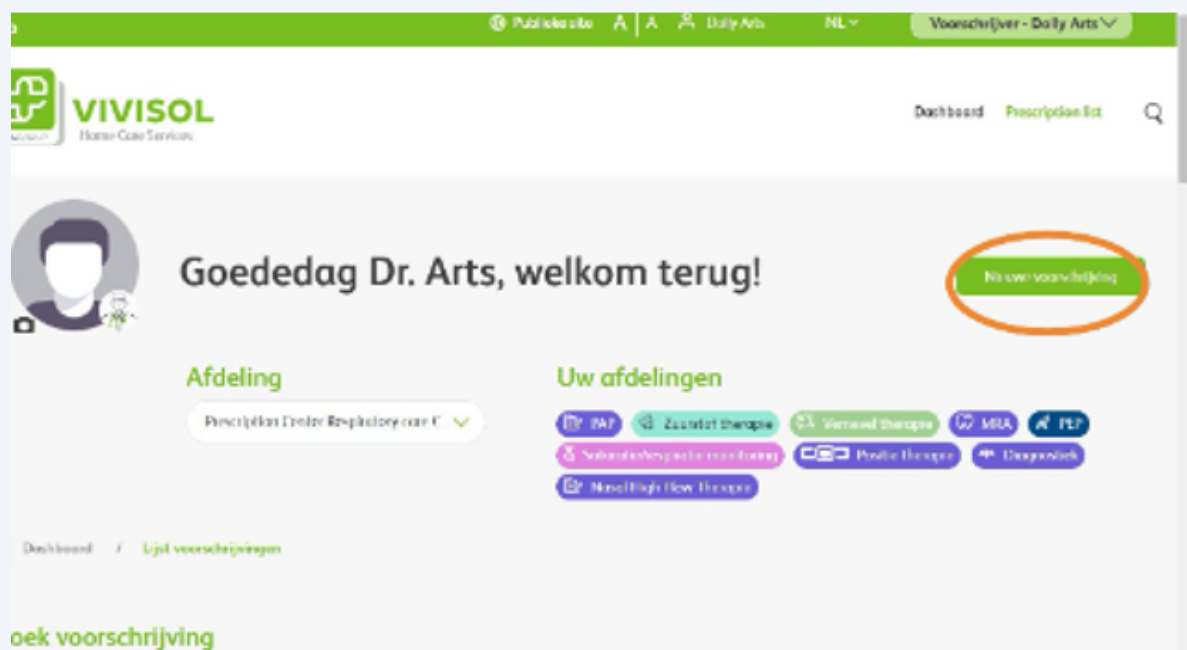
3

Indien u op meerdere afdelingen werkt zullen deze hier middels het dropdown menu zichtbaar zijn



4

Klik op 'Nieuwe voorschrift' om een nieuwe aanvraag te starten. Let op: de velden met een rode sterretje zijn verplicht.



5 Kies : "MRA Kaakchirurg"

**Nieuwe aanvraag**

**Kies een behandeling**

Behandeling \*

Selecteer behandeling

MRA Tandarts

**MRA Kaakchirurg**


MRA Patholoog

Knooppunt

Template CPAP

Template CPAP for DP testing

Go naar contacten



6 Kies de naam van de voorschrijver via het dropdown menu. Het invullen van 'Patiëntnummer instelling' is optioneel.

**Kies een behandeling**

Behandeling \*

MRA Tandarts

**Gegevens voorschrijver**

**Naam specialist \***

Maak een keuze

Patiëntnummer instelling ⓘ

**Patiënt gegevens**

Heeft de patiënt een burgerservicenummer (BSN)? \*

☒ Ja ☐ Nee

7

Voer alle patiëntgegevens in. Heeft u een patiënt zonder BSN, zoals internationale patiënten? Dan vervallen enkele invulvelden.

**Patiënt gegevens**

Heeft de patiënt een burgerservicenummer (BSN)? \*

Let op: moet 9 karakters bevatten

BSN \*

Geboortedatum \*

Voorletters \*

Achternaam \*

Gender \*

☐ Man ☐ Vrouw ☐ Anders

Zorgverzekeraar \*

Polisnummer \*

Status zorgverzekering

Adres

8

Voer bij Adres in: nieuw adres Nederland (als de patient ook woonachtig is in Nederland). Vervolgens in het invoerveld: Adres zoeken... Voer hier straatnaam en huisnummer in, kies voor de juiste woonplaats optie en de restant velden zullen automatisch aangevuld worden. Is het BSN nummer goed ingevuld zullen de adresgegevens automatisch worden aangevuld. Voer ook de verdere naam en geslacht gegevens in.

**Kies een behandeling**

Behandeling \*

**Gegevens voorschrijver**

Naam specialist \*

Patiëntnummer instelling

**Patiënt gegevens**

Heeft de patiënt een BSN nummer? \*

☒ Ja ☐ Nee

BSN \*

Geboortedatum \*

Voorletters \*

Achternaam \*

Geslacht \*

☐ Man ☒ Vrouw ☐ Anders

Adres \*

Alternatief telefoonnummer

Zorgverzekeraar \*

Polisnummer \*

Status zorgverzekering

Velden gemarkeerd met een ster \* zijn verplicht.

9

Voer het adres in. Wilt u controleren of het systeem de juiste gegevens heeft overgenomen klik dan op "adres niet gevonden"  
Er klap nu een veld open ter controle/correctie. Voer emailadres in.

Adres \*

Nieuw adres in Nederland ✓

Straat + huisnummer \*

Swaardvenstraat

Postcode \*

5048

Woonplaats \*

Tilburg

Is er een e-mailadres beschikbaar? \* ⓘ

☒ Ja ☐ Nee

Adres zoeken... \*

Swaardvenstraat 27, Tilburg, Nederland

Swaardvenstraat 27, Tilburg, Nederland

☒ Adres niet gevonden

LET OP Postcode!

NL: 4 cijfers spatie 2 hoofdletters

BE: 4 cijfers

DE: 5 cijfers

Land \* ⓘ

NL

E-mailadres \*

10

Voer het telefoonnummer in met +31 en dan zonder de eerste 0

Geslacht \*

☒ Man ☐ Vrouw ☐ Anders

Adres \*

Nieuw adres in Nederland ✓

Adres zoeken... \*

Kerkstraat 25, Amsterdam, Nederland

☒ Adres niet gevonden

Is er een e-mailadres beschikbaar? \* ⓘ

☒ Ja ☐ Nee

(Mobiel) telefoonnummer \* ⓘ

+31 623456789

Zorgverzekeraar \*

Polisnummer \*

Status zorgverzekering

E-mailadres \*

jantje23@gmail.com

Alternatief telefoonnummer ⓘ

Velden gemarkeerd met een ster \* zijn verplicht.

Vorige

Opslaan als concept

Volgende

- 11 Klik op 'Volgende' of sla het formulier tussentijds op als concept.

Velden gemarkeerd met een ster \* zijn verplicht.

Vorige

Opslaan als concept

Volgende

- 12 Voer de indicatiestelling OSAS in en indien u kiest voor "nee" let op de melding die dan verschijnt.

Goedendag Dr. Arts, welkom terug!

Locatie

Prescription Center Respiratory care C.V.

Uw voor te schrijven therapieën

MAP, Zwerftherapie, Vernet therapie, MRA, PIP, Sekundaire therapie monitoring, Postiv therapie, Diagnostiek, Nasal High Flow Therapie

1 2 PATIENT SCHEIDING 3 4

Indicatiestelling OSAS

☐ Ja ☒ Nee

**LET OP:** De patiënt heeft geen OSAS-indicatie. U dient het voorschrift te wijzigen in MRA Particulier.

Gemeten AHE \*

Selecteer minimaal 3 symptomen.

Velden gemarkeerd met een ster \* zijn verplicht.

Opslaan als concept

Volgende

13

Voer de verdere gegevens in ( let op bij een AHI index >30 zal er een motivatieveld verschijnen. Voer de onderzoeksdatum in en vink de symptomen aan.

14

Symptomen

15 Klik op 'Volgende' of sla het formulier tussentijds op als concept.

**Symptomen \***

- ☒ Overmatige slaperigheid overdag
- ☒ Stokkende ademhaling
- ☒ Herhaald wakker schrikken
- ☐ Niet verfrissende slaap
- ☐ Vermoeidheid overdag
- ☐ Concentratieverlies

Velden gemarkeerd met een ster \* zijn verplicht.

[Vorige](#) [Opslaan als concept](#) [Volgende](#)

16 Voer de (verplichte) velden in

☒ Dit is de 1e levering van een MRA aan de patiënt.

☐ De patiënt gebruikt reeds PAP of SPT.

---

Tandheelkundige situatie geschikt voor MRA?

☐ Ja ☐ Nee

Informed consent?

☐ Ja ☐ Nee

---

Opmerking

---

**Upload P(S)G rapport**

[Upload document](#) Geen bestand geselecteerd

**Upload extra bijlage**

[Upload document](#) Geen bestand geselecteerd

---

**Upload OPG**

[Upload document](#) Geen bestand geselecteerd

**Upload extra bijlage**

[Upload document](#) Geen bestand geselecteerd



## 17 Upload de verwijzing specialist ( en evt niet verplichte uploads

### Upload P(S)G rapport

Upload document

Geen bestand geselecteerd

### Upload OPG

Upload document

Geen bestand geselecteerd

### Upload verwijzing specialist \*

Upload document

Geen bestand geselecteerd

### Upload extra bijlage

Upload document

Geen bestand geselecteerd

### Upload extra bijlage

Upload document

Geen bestand geselecteerd

### Upload extra bijlage

Upload document

Geen bestand geselecteerd

Velden gemarkeerd met een ster \* zijn verplicht.

Vorige

Opslaan als concept

Volgende

## 18 Klik weer op volgende of op tussentijds opslaan

### Upload P(S)G rapport

Upload document

Geen bestand geselecteerd

### Upload OPG

Upload document

Geen bestand geselecteerd

### Upload verwijzing specialist \*

Upload document

1.pdf X

### Upload extra bijlage

Upload document

Geen bestand geselecteerd

### Upload extra bijlage

Upload document

Geen bestand geselecteerd

### Upload extra bijlage

Upload document

Geen bestand geselecteerd

Velden gemarkeerd met een ster \* zijn verplicht.

Vorige

Opslaan als concept

Volgende

- 19 U ziet nu een overzicht van de aanvraag. Bij akkoord klikt u op verstuur

Prescription Center Respiratory Care Cath.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Step 1 - MRA aanvraag

Gegevens voorschrijver

Naam arts \*

Dit is \*

Aanvraagnummer instelling \*

Patient gegevens

Heeft de patiënt een MRA nummer? \*

☒ Ja ☐ Nee

MRA nummer \*

Geboortedatum \*

Voornaam \*

Achternaam \*

Geslacht \*

☐ Man ☒ Vrouw ☐ Anders

Adres \*

Is er een vettelikes beschikba? \*

☒ Ja ☐ Nee

E-mailadres \*

Alternatief telefoonnummer \*

Zorgverzekering \*

Patiëntnummer \*

Status zorgverzekering \*

Step 2 - Patient screening

Step 3 - Meer informatie

Verstuur

- 20 U zult een melding ontvangen dat de aanvraag is verzonden.

Goedendag Dr. Arts, welkom terug!

Nieuwe voorschrift

Locatie

Prescription Center Respiratory care Cath.

Uw voor te schrijven therapieën

PAP Zuurstof therapie Vernevel therapie MRA PEP

Saturatiewaarneming Positieve therapie Diagnostiek Nasal High Flow Therapie

Hartelijk dank voor uw aanvraag. Wij nemen deze zo snel mogelijk in behandeling.

Wilt u een andere aanvraag indienen voor deze patiënt?

Voeg een extra aanvraag toe