

**Gegevens verzekerde**

Naam en verzekerde: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Relatienummer: \_\_\_\_\_

**Gegevens voorschrijver**

Naam medisch specialist: \_\_\_\_\_  
Verbonden aan ziekenhuis: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
AGB-code: \_\_\_\_\_

**Objectieve gegevens uit (poly) somnografie-onderzoek:**

Onderzoeksdatum: \_\_\_\_\_  
Apneu/Hypopneu index: \_\_\_\_\_  
Respiratory Arousal index: \_\_\_\_\_  
BMI: \_\_\_\_\_

**Klachten:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> stokkende ademhaling                               | <input type="radio"/> herhaald wakker schrikken                              |
| <input type="radio"/> niet verfrissende slaap                            | <input type="radio"/> vermoeidheid overdag                                   |
| <input type="radio"/> concentratieverlies                                |  |
| <input type="radio"/> informatie over alcoholgebruik is gegeven          | <input type="radio"/> informatie over slaaphygiëne is gegeven                |
| <input type="radio"/> pogingen tot gewichtreductie hebben plaatsgevonden | <input type="radio"/> overmatige slaperigheid overdag, niet anders verklaard |

Gaat het om de allereerste levering van een MRA-beugel aan verzekerde?  ja  nee

Zo nee, motiveer deze aanvraag: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Heeft verzekerde al CPAP-apparatuur in bezit?  ja  nee  
Zo ja, dient de MRA-beugel ter vervanging of ter aanvulling op de CPAP-apparatuur?  ter vervanging  ter aanvulling

Dit formulier kunt u samen met de offerte van de tandarts, orthodontist of kaakchirurg insturen. Deze offerte moet zijn opgesteld op basis van de tarieven van NZa en/of NMT. Vermeld techniekkosten en MRA fabrikant a.u.b. apart.  
Alvast bedankt voor uw medewerking.

Wij vragen u dit formulier volledig in te vullen.

Handtekening verzekerde \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Handtekening medisch specialist \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Dit formulier kunt u sturen naar Nationale-Nederlanden, Postbus 4016, 5004 JA Tilburg.  
Heeft u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorg, telefoonnummer 026 353 53 53.