

## Aanvraagformulier edentate patiënten

Naam Zorgverstrekker : \_\_\_\_\_

AGB-code : \_\_\_\_\_

Geachte heer, mevrouw,

Hierbij verzoeken wij u een machtiging te verstrekken voor het aanmeten van een op maat gemaakte MRA, voor uw verzekerde:

Naam : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Postcode/plaats : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : - - \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar : \_\_\_\_\_

BSN nummer : \_\_\_\_\_

### Indicatie

Er is sprake van een Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS) met:

- AHI >30. Verklaring van verwijzer is aanwezig
- Minimaal 2 klachten
- Vervangende MRA

Aanvragen kunnen gemaild worden naar [hulpmiddelen@dsw.nl](mailto:hulpmiddelen@dsw.nl).

Het aanmeten, instrueren en opvolgen van de MRA-behandeling zal verlopen volgens de meest recente richtlijnen van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Handtekening zorgverlener : \_\_\_\_\_