

Gegevens verzekerde

Naam verzekerde:

Adres:

Postcode / woonplaats:

Geboortedatum:

Polisnummer/inschrijfnummer:

Voorschrijver

Naam medisch specialist:

Verbonden aan ziekenhuis:


Objectieve gegevens uit (poly) somnografie onderzoek:

Onderzoeksdatum:

Apneu/Hypopneu index:

Respiratory Arousal index:

BMI:

betreffend hokje aankruisen 

Klachten:

- stokkende ademhaling
- herhaald wakker schrikken
- niet verfrissende slaap
- vermoeidheid overdag
- concentratieverlies
- overmatige slaperigheid overdag, niet anders verklaard

 pogingen tot gewichtreductie hebben plaatsgevonden informatie over alcoholgebruik is gegeven informatie over slaaphygiëne is gegeven

Dit formulier in combinatie met de offerte van de tandarts insturen. Deze offerte dient te zijn opgesteld met de juiste UPT codes. Techniekkosten en MRA fabrikant apart vermelden.



Handtekening medisch specialist Datum

Wij vragen u dit formulier volledig in te vullen.



Dit formulier kunt u sturen naar Delta Lloyd, Postbus 4016, 5004 JA Tilburg. Hebt u vragen?
Dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorg, telefoonnummer (026) 353 53 53.