

AANVRAAG FORMULIER

Algemene info	
Naam formulier	MXX OPD
Datum	15-8-2023
Versie	1.0
Auteur	ONVZ

VERSIEBEHEER

Versie	Datum	Auteur	Versiegeschiedenis
0.1	01-02-2013	Werkgroep	Versie definitief gemaakt
1.0	10-10-2023	Werkgroep	Vraag 1 toegevoegd

Disclaimer

De inhoud van dit formulier is gebaseerd op praktijkervaring van specialisten van zorgverzekeraars. Uitgangspunt is dat niet meer persoonsgegevens worden verzameld dan noodzakelijk. Gelet op het doel waarvoor de gegevens worden verzameld - namelijk de beoordeling van een machtigingsaanvraag - worden slechts vragen in het formulier opgenomen die ter zake dienend en niet bovenmatig zijn voor de beoordeling van een aanvraag

Vragenlijst

START VRAGENLIJST

Opmerking: De vragenboxen worden automatisch genummerd en kunnen gewoon gekopieerd worden. Nummering wordt voortgezet.

Voorloopcode 003

Meesturen OPD-onderzoeksformulier en beschikbaar OPG

1. Hoe lang bestaan de klachten?	Routing	JVC parameter
<verplicht tekstveld>		

2. Is er sprake van pijn of disfunctie of beide?	Routing	JVC parameter
1. Pijn 2. Disfunctie 3. Pijn én disfunctie		

3. Hoe luidt de OPD (pijn) diagnose?	Routing	JVC parameter
<input type="checkbox"/> Myalgie (lokale myalgie/ myofasciale pijn/ myofasciale pijn met gerefereerde pijn) <input type="checkbox"/> Artralgie <input type="checkbox"/> Secundaire hoofdpijn geassocieerd met temporomandibulaire disfunctie (TMD) <input type="checkbox"/> Primaire hoofdpijn (o.a. migraine/ spanningshoofdpijn/ cluster hoofdpijn) <input type="checkbox"/> Dentale pijn <input type="checkbox"/> Neuropathische pijn		

4. Hoe luidt de OPD (disfunctie) diagnose?	Routing	JVC parameter
<input type="checkbox"/> ADD (anterieure discusverplaatsing) met reductie <input type="checkbox"/> ADD (anterieure discusverplaatsing) met reductie met intermitterende blokkade <input type="checkbox"/> ADD (anterieure discusverplaatsing) zonder reductie met beperkte mondopening <input type="checkbox"/> ADD (anterieure discusverplaatsing) zonder reductie zonder beperkte mondopening <input type="checkbox"/> Degeneratieve gewrichtsaandoening <input type="checkbox"/> Crepitatie <input type="checkbox"/> Hypermobiliteit <input type="checkbox"/> Myogene bewegingsbeperking		

5. Hoe luidt de OPD (pijn) diagnose?	Routing	JVC parameter
<input type="checkbox"/> Myalgie (lokale myalgie/ myofasciale pijn/ myofasciale pijn met gerefereerde pijn)		

<input type="checkbox"/>	Artralgie		
<input type="checkbox"/>	Secundaire hoofdpijn geassocieerd met temporomandibulaire disfunctie (TMD)		
<input type="checkbox"/>	Primaire hoofdpijn (o.a. migraine/ spanningshoofdpijn/ cluster hoofdpijn)		
<input type="checkbox"/>	Dentale pijn		
<input type="checkbox"/>	Neuropathische pijn		

6. Hoe luidt de OPD (disfunctie) diagnose?			
		Routing	JVC parameter
<input type="checkbox"/>	ADD (anterieure discusverplaatsing) met reductie		
<input type="checkbox"/>	ADD (anterieure discusverplaatsing) met reductie met intermitterende blokkade		
<input type="checkbox"/>	ADD (anterieure discusverplaatsing) zonder reductie met beperkte mondopening		
<input type="checkbox"/>	ADD (anterieure discusverplaatsing) zonder reductie zonder beperkte mondopening		
<input type="checkbox"/>	Degeneratieve gewrichtsaandoening		
<input type="checkbox"/>	Crepitatie		
<input type="checkbox"/>	Hypermobiliteit		
<input type="checkbox"/>	Myogene bewegingsbeperking		

7. Wat zijn de complicerende factoren (die maken dat het een complexe/OPD-B betreft)?			
Infobutton: meerdere opties mogelijk. In tekstblok de patiënt specifieke factoren benoemen.		Routing	JVC parameter
<input type="checkbox"/>	Comorbiditeit (o.a. systemische aandoening , groeistoornis, trauma, bestraling) <verplicht tekstveld indien aangevinkt>		
<input type="checkbox"/>	Medisch gecompromitteerd (o.a. slaapapneu, medicatiegebruik, middelen gebruik) <verplicht tekstveld indien aangevinkt>		
<input type="checkbox"/>	As-II factoren (psychosociale factoren als: chronische stress, depressiviteit, somatisatie, angst, catastroferen, verstoorde slaap, inadequate coping, discrepantie tussen ernst aandoening en ervaren lijdensdruk) <verplicht tekstveld indien aangevinkt>		
<input type="checkbox"/>	Geschiedenis/chroniciteit (o.a. klacht langer dan 3/6 maanden, meer dan één hulpverlener geconsulteerd, onvoldoende effect eerdere therapieën voor OPD) <verplicht tekstveld indien aangevinkt>		
<input type="checkbox"/>	Mondgewoonten (o.a. slaapbruxisme, waakbruxisme, overige persisterende mondgewoonten) <verplicht tekstveld indien aangevinkt>		
<input type="checkbox"/>	Impact van OPD (o.a. sterk verstoorde functie van het kauwstelsel n.a.v. OPD, sterke beïnvloeding sociale activiteiten n.a.v. OPD) <verplicht tekstveld indien aangevinkt>		
<input type="checkbox"/>	Inadequate cognities/verwachtingen (o.a. cognities patiënt m.b.t. oorzaken OPD stroken niet met gangbare verklaringen modellen, wensen/verwachtingen patiënt aangaande de te volgen therapie stemmen niet overeen met gangbare therapie bij OPD)		

<verplicht tekstveld indien aangevinkt>		
---	--	--

8. Wat is de impact van de (functionele) klachten van de verzekerde op het dagelijks functioneren?		
	Routering	JVC parameter
<verplicht tekstveld>		

9. Heeft eerdere behandeling van de OPD plaatsgevonden? Zo ja, wanneer, door wie (huisarts, tandarts, medisch specialist), hoe en met welk resultaat		
	Routering	JVC parameter
<verplicht tekstveld>		

10. Hoe luidt het (integrale) behandelplan voor de OPD m.b.t. counseling/monitoren, stabilisatie-opbeetplaattherapie, orofaciale fysiotherapie, medicatie, behandelingen door medisch specialisten en verdere diagnostiek? Benoem waar aan de orde ook andere betrokken disciplines.		
	Routering	JVC parameter
<verplicht tekstveld>		

11. Indien van toepassing, graag noodzakelijke bestanden uploaden		
Uploadfunctie	Routering	JVC parameter

12. Welke prestatiecode(s) vraagt u aan?		
	Routering	

EINDE VRAGENLIJST