



Overstapformulier Nasal High Flow Therapie

Westfalen Medical B.V.

Postbus 124

7400 AC Deventer

nhft@westfalen.com

Tel: 0570 - 24 88 95

Fax: 0570 - 85 84 51

* Verplicht veld

Gegevens verzekerde:

* Voornaam

* Achternaam

* Geslacht M V

* Geboortedatum

* Adres

* Postcode

* Woonplaats

* Telefoonnummer

Telefoonnummer mobiel

E-mailadres

* Zorgverzekeraar

* Polisnummer

* BSN

Contactpersoon

Gegevens leveranciers:

* Nieuwe leverancier:

* Oude leverancier:

* Datum van overstap / levering:

* Reden van overstap:

Gegevens apparatuur:

* Merk apparaat:

* Maat nasale interface:

1. Een verzekerde komt alleen voor overstappen in aanmerking indien er bij de huidige leverancier kenbaar gemaakt is dat hij/zij wil overstappen.
2. De verzekerde geeft hierbij opdracht aan zijn of haar huidige leverancier om de laatste therapiegegevens beschikbaar te stellen aan Westfalen Medical.
3. De verzekerde geeft hierbij toestemming aan Westfalen Medical om zijn of haar toekomstige therapiegegevens beschikbaar te stellen aan de behandeld arts.
4. Bij de overstap haalt de oude leverancier alle geleverde voorzieningen inclusief toebehoren bij de verzekerde op en levert de nieuwe leverancier de voorzieningen volgens overeenkomst.
5. De oude en nieuwe leverancier zorgen ervoor dat de verzekerde niet zonder voorzieningen komt en dat er geen dubbele declaraties plaatsvinden. De ingevulde overstapdatum is hierin leidend, vanaf deze datum declareert de nieuwe leverancier de therapie bij de zorgverzekeraar.
6. Het overstapformulier wordt toegevoegd aan het patiëntendossier en op verzoek van de zorgverzekeraar getoond.
7. De oude leverancier draagt het complete dossier over aan de nieuwe leverancier.
8. De oude leverancier bewaart een kopie van het overstapformulier minimaal 5 jaar.

Handtekening verzekerde:

Datum
Plaats

Handtekening nieuwe leverancier:

Datum
Plaats

Handtekening oude leverancier:

Datum
Plaats