



Aanvraag SPT (Slaappositietherapie)

* Verplicht veld

Gegevens verzekerde

* Voornaam

* Achternaam

* Geslacht ☐ M ☐ V

* Geboortedatum

* Adres

* Postcode

* Woonplaats

* Telefoonnummer

Tweede telefoonnummer

E-mailadres

* Zorgverzekeraar

* Polisnummer

* BSN

Gegevens apotheek verzekerde

Naam apotheek

Plaats apotheek

Alleen invullen indien een afwijkend afleveradres gewenst is

Adres

Postcode

Plaats

Gegevens medisch specialist

* Uw naam

* Zorginstelling

* Afdeling

* Plaats

* Telefoonnummer

* Functie

* BIG nummer

AGB nummer

E-mailadres

* Datum aanvraag

Medische indicatie ☒ POSA

Diagnose

* Onderzoeksmethode

☐ n.a.v. Polygrafie / Screening

☐ n.a.v. Polysomnografie

* Datum onderzoek

Gemeten waarden

* Apneu/Hypopneu index _____ (Aantal p/u)

* AHI rugligging _____ (Aantal p/u)

* AHI zijligging _____ (Aantal p/u)

* % Rugligging _____ (> 10 % en < 90 %)

Klachten voor behandeling

*Stokkende ademhaling

*Concentratieverlies

*Vermoeidheid overdag

*Slaperigheid overdag zonder andere verklaring

*Regelmatig wakker schrikken

*Niet een verfrissende slaap

☐ Afwezig

☐ Licht tot matig

☐ Ernstig

☐ Afwezig

☐ Licht tot matig

☐ Ernstig

☐ Afwezig

☐ Licht tot matig

☐ Ernstig

☐ Afwezig

☐ Licht tot matig

☐ Ernstig

☐ Afwezig

☐ Licht tot matig

☐ Ernstig

☐ Afwezig

☐ Licht tot matig

☐ Ernstig

Bijlage(s)

☐ Diagnose rapport

☐ Anders

Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen indien van toepassing)

Nummer sticker op grijze box

Datum instructie

**Aanvraag proefperiode**

Proefplaatsing periode van _____ tot _____

SPT als tweede hulpmiddel? Neem voor deze proefplaatsing contact op met spt@westfalen.com

Toelichting

Opmerkingen

*** Handtekening**

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en faxen naar 0570 - 858 451