



Akkoordverklaring SPT (Slaappositietherapie)

* Verplicht veld

Gegevens verzekerde

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht ☐ M ☐ V

* Geboortedatum _____

* Adres _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telefoonnummer _____

Tweede telefoonnummer _____

E-mailadres _____

* Zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN _____

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 _____

Evaluatie na proefperiode SPT

- * ☐ Er is sprake van voldoende afname van percentage rugligging.
- * ☐ Er is sprake van voldoende verbetering van symptomen.
- * ☐ Ik verklaar dat bovengenoemde verzekerde bekend is met de toepassing van het aangevraagde hulpmiddel en dat door gebruik een verbetering bereikt is die niet op eenvoudiger wijze te verkrijgen is.

Opmerkingen

* Handtekening

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

**Aanvraag proefperiode**

Proefplaatsing periode van _____ tot _____

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

Toelichting
