

Akkoordverklaring SPT (slaappositietherapie)

* *verplicht veld*

Gegevens verzekerde:

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht M V _____

* Geboortedatum _____

* Adres _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telefoonnummer _____
Tweede telefoonnummer _____

E-mailadres _____

* Zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN _____

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 - 858451