

## Stopverklaring PAP-therapie

\* verplicht veld

### Gegevens verzekerde:

\* Voornaam \_\_\_\_\_  
\* Achternaam \_\_\_\_\_  
\* Geslacht  M  V \_\_\_\_\_  
\* Geboortedatum \_\_\_\_\_  
\* Adres \_\_\_\_\_  
\* Postcode \_\_\_\_\_  
\* Woonplaats \_\_\_\_\_  
\* Telnr. vast/mob \_\_\_\_\_  
\* E-mailadres \_\_\_\_\_  
\* Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_  
\* Polisnummer \_\_\_\_\_  
\* BSN nummer \_\_\_\_\_

### Gegevens medisch specialist:

\* Naam \_\_\_\_\_  
\* Zorginstelling \_\_\_\_\_  
\* Afdeling \_\_\_\_\_  
\* Plaats \_\_\_\_\_  
\* Telefoonnr. \_\_\_\_\_  
\* Functie \_\_\_\_\_  
\* BIG nummer \_\_\_\_\_  
AGB nummer \_\_\_\_\_  
E-mailadres \_\_\_\_\_  
\* Datum \_\_\_\_\_

### Verzoek

Wij verzoeken u om voor bovenstaande patiënt de therapie te staken en alle verstrekte hulpmiddelen retour te halen.

### Opmerkingen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### \* Handtekening medisch specialist:

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en faxen naar 0570 - 858451