

Aanvraag PEP therapie

* verplicht veld

Gegevens verzekerde

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht M V _____

* Geboortedatum _____

* Adres _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telnr. vast/mob _____

E-mailadres _____

* Zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN nummer _____

Gegevens aanvrager

* Uw naam _____

* Zorginstelling _____

* Afdeling _____

* Plaats _____

* Telefoonnr _____

* Functie _____

* BIG nummer _____

AGB nummer _____

E-mailadres _____

* Datum aanvraag _____

Afleveradres (indien afwijkend)

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

* Medische indicatie

Astma

COPD

Cystic fibrosis (CF)

Bronchiëctasieën (BE)

Anders _____

* PEP en toebehoren

Geen voorkeur (Westfalen Medical kiest de meest geschikte PEP en toebehoren)

PARI PEP S Masker

Philips Threshold PEP

Shaker classic

Flutter

Aerobika

Acapella Choice Masker

Overig _____

Inspiratoire spiertraining (IMT)

Philips Threshold IMT

RMT (met apart gekleurde weerstanden) Masker

Overig _____

Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen wanneer van toepassing)

Nummer sticker op verpakking _____

Datum instructie _____

Opmerkingen

* Handtekening aanvrager:

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