

## Aanvraag positietherapie (SPT)

\* verplicht veld

### Gegevens verzekerde:

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

### Afleveradres (indien afwijkend)

Adres \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

### Diagnose

\*Onderzoeksmethode  
 n.a.v. Polygrafie / Screening  
 n.a.v. Polysomnografie  
\*Datum onderzoek \_\_\_\_\_

### Klachten voor behandeling

\*Stokkende ademhaling \_\_\_\_\_  
\*Concentratieverlies \_\_\_\_\_  
\*Vermoeidheid overdag \_\_\_\_\_  
\*Slaperigheid overdag zonder andere verklaring \_\_\_\_\_  
\*Regelmatig wakker schrikken \_\_\_\_\_  
\*Niet een verfrissende slaap \_\_\_\_\_

Bijlage(s)

### Gegevens medisch specialist:

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

### Gemeten waarden

\* Apneu/Hypopneu index (Aantal p/u) \_\_\_\_\_  
\* AHI rugligging (Aantal p/u) \_\_\_\_\_  
\* AHI zijligging (Aantal p/u) \_\_\_\_\_  
\* % Rugligging (> 10 % en < 90 %) \_\_\_\_\_

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

Diagnose rapport  
 Anders \_\_\_\_\_

## Vervolg – aanvraag positietherapie (SPT)

### Aanvraag proefperiode

Proefplaatsing periode van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

SPT als tweede hulpmiddel? Neem voor deze proefplaatsing contact op met [spt@westfalen.com](mailto:spt@westfalen.com)

Toelichting: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Opmerkingen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*Handtekening aanvrager:**

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