

## Akkoordverklaring positietherapie (SPT)

\* 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 akkoordverklaring \_\_\_\_\_

### 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 medisch specialist:

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