



Aanvraag PEP/IMT/RMT therapie

* 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 _____

Afleveradres (indien afwijkend)

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

* Medische indicatie

☐ Astma ☐ COVID-19 ☐ Anders _____

☐ Bronchiëctasieën (BE) ☐ Cystic fibrosis _____

☐ COPD _____

* PEP/IMT/RMT en toebehoren

☐ PARI O-PEP

☐ Aerobika

☐ Flutter

☐ Shaker classic

☐ PARI PEP S ☐ Masker

☐ Philips Threshold PEP ☐ Masker

☐ Acapella Choice ☐ Masker

☐ KIT PIPEP (met gekleurde weerstanden) PEP/RMT ☐ Masker

☐ Overige _____



Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen indien van toepassing)

☐ Nummer sticker op grijze box

☐ Datum instructie

Let op! Het PEP apparaat wordt 1 x per 2 jaar vergoed door de zorgverzekeraar.

Opmerkingen

*** Handtekening**

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en faxen naar 0570 - 858 451