



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

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 graag volledig invullen, mailen naar pepinformatie@westfalen.com of faxen naar 0570 - 858 451.