

## Aanvraag SPT (Slaappositietherapie)

\* Verplicht veld

### Gegevens verzekerde

\* Voornaam \_\_\_\_\_

\* Achternaam \_\_\_\_\_

\* Geslacht  M  V

\* Geboortedatum \_\_\_\_\_

\* Adres \_\_\_\_\_

\* Postcode \_\_\_\_\_

\* Woonplaats \_\_\_\_\_

\* Telefoonnummer \_\_\_\_\_  
Tweede telefoonnummer \_\_\_\_\_  
E-mailadres \_\_\_\_\_

\* Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_

\* Polisnummer \_\_\_\_\_

\* BSN \_\_\_\_\_

### Gegevens apotheek verzekerde

Naam apotheek \_\_\_\_\_

Plaats apotheek \_\_\_\_\_

Alleen invullen indien een afwijkend afleveradres gewenst is

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

### Gegevens medisch specialist

\* Uw naam \_\_\_\_\_

\* Zorginstelling \_\_\_\_\_

\* Afdeling \_\_\_\_\_

\* Plaats \_\_\_\_\_

\* Telefoonnummer \_\_\_\_\_

\* Functie \_\_\_\_\_

\* BIG nummer \_\_\_\_\_  
AGB nummer \_\_\_\_\_  
E-mailadres \_\_\_\_\_

\* Datum aanvraag \_\_\_\_\_

Medische indicatie  POSA

\* Heeft patiënt de afgelopen 3 jaar een MRA gehad?

Ja  Nee

Zo ja, een motivatie voor de zorgverzekeraar is vereist om met SPT te mogen starten.  
Wij verzoeken u de motivatie bij te sluiten.

### Diagnose

\* Onderzoeksmethode

n.a.v. Polygrafie / Screening

n.a.v. Polysomnografie

\* Datum onderzoek \_\_\_\_\_

### Gemeten waarden

\* Apneu/Hypopneu index \_\_\_\_\_ (Aantal p/u)

\* AHI rugligging \_\_\_\_\_ (Aantal p/u)

\* AHI zijligging \_\_\_\_\_ (Aantal p/u)

\* % Rugligging \_\_\_\_\_ (> 10 % en < 90 %)

\* BMI \_\_\_\_\_

### Klachten voor behandeling

\* Stokkende ademhaling

\* Concentratieverlies

\* Vermoeidheid overdag

\* Slaperigheid overdag zonder andere verklaring

\* Regelmatig wakker schrikken

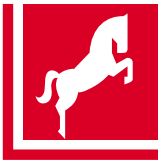
\* Niet een verfrissende slaap

<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig

### Bijlage(s)

Diagnose rapport

Anders

**Depotbeheer locatie zorginstelling** (alleen invullen indien van toepassing)

Nummer sticker op grijze box \_\_\_\_\_

Datum instructie \_\_\_\_\_

**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**

Dit formulier graag volledig invullen, mailen naar [slaapapneu@westfalenmedical.nl](mailto:slaapapneu@westfalenmedical.nl) of faxen naar 0570 - 858 451.