



## Akkoordverklaring SPT (Slaappositietherapie)

\* Verplicht veld

### Gegevens verzekerde

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

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

\* Geslacht  M  V

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

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

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

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

\* Telefoonnummer \_\_\_\_\_  
Tweede telefoonnummer \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

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

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

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

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 \_\_\_\_\_

### 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

\_\_\_\_\_

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

**Aanvraag proefperiode**

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

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

Toelichting

---

---

---

---