



Overstapformulier CPAP-therapie

* Verplicht veld

Gegevens verzekerde

* Voornaam		
* Achternaam		
* Geslacht	☐ M	☐ V
* Geboortedatum		
* Adres		
* Postcode		
* Woonplaats		
* Telefoonnummer		
Tweede telefoonnummer		
E-mailadres		
* Zorgverzekeraar		
* Polisnummer		
* BSN		
* Laatste bezoek slaapkliniek		
* Naam behandelend arts		

Gegevens leverancier

* Nieuwe leverancier	
* Oude leverancier	
* Datum van overstap / levering	
* Reden van overstap	

Gegevens huidige apparatuur

* Merk en type apparaat	
* Merk en type masker	

Spelregels

1. Een verzekerde komt alleen voor overstappen in aanmerking indien er, bij de huidige leverancier, kenbaar gemaakt is dat hij/zij wil overstappen.
2. Bij de overstap haalt de oude leverancier alle geleverde voorzieningen inclusief toebehoren bij de verzekerde op en levert de nieuwe leverancier de voorzieningen volgens overeenkomst.
3. De oude en nieuwe leverancier zorgen ervoor dat de verzekerde niet zonder voorzieningen komt en dat er geen dubbele declaraties plaatsvinden. De ingevulde overstapdatum is hierin leidend, vanaf deze datum declareert de nieuwe leverancier de therapie bij de zorgverzekeraar.
4. Het overstapformulier wordt toegevoegd aan het patiëntendossier en op verzoek van de zorgverzekeraar getoond.
5. De oude leverancier draagt het complete dossier over aan de nieuwe leverancier.
6. De oude leverancier bewaart een kopie van het overstapformulier minimaal 5 jaar.

Vul het formulier in, print het uit, onderteken het, scan het en mail naar slaapapneu@westfalen.com

* Handtekening verzekerde

Datum _____
Plaats _____

* Handtekening nieuwe leverancier

Datum _____
Plaats _____

* Handtekening oude leverancier

Datum _____
Plaats _____