



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.

Dit formulier graag volledig invullen, mailen naar slaapapneu@westfalenmedical.nl of faxen naar 0570 - 858 451.

* Handtekening verzekerde

Datum _____

Plaats _____

* Handtekening nieuwe leverancier

Datum _____

Plaats _____

* Handtekening oude leverancier

Datum _____

Plaats _____