

Aanvraag SPT (slaappositietherapie)

* verplicht veld

Gegevens verzekerde:

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht M V _____

* Geboortedatum _____

* Adres _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telefoonnummer _____

Tweede telefoonnummer _____

E-mailadres _____

* Zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN _____

Afleveradres (indien afwijkend)

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Medische indicatie: POSA

Diagnose

*Onderzoeksmethode

n.a.v. Polygrafie / Screening

n.a.v. Polysomnografie

*Datum onderzoek _____

Gegevens medisch specialist:

* Uw naam _____

* Zorginstelling _____

* Afdeling _____

* Plaats _____

* Telefoonnummer _____

* Functie _____

* BIG nummer _____

AGB nummer _____

E-mailadres _____

* Datum aanvraag _____

Gemeten waarden

* Apneu/Hypopneu index _____ (Aantal p/u)

* AHI rugligging _____ (Aantal p/u)

* AHI zijligging _____ (Aantal p/u)

* % Rugligging _____ (> 10 % en < 90 %)

Klachten voor behandeling

*Stokkende ademhaling _____

*Concentratieverlies _____

*Vermoeidheid overdag _____

*Slaperigheid overdag zonder andere verklaring _____

*Regelmatig wakker schrikken _____

*Niet een verfrissende slaap _____

Afwezig Licht tot matig Ernstig

Afwezig Licht tot matig Ernstig

Afwezig Licht tot matig Ernstig

Afwezig Licht tot matig Ernstig

Afwezig Licht tot matig Ernstig

Afwezig Licht tot matig Ernstig

Bijlage(s)

Diagnose rapport

Anders _____

Vervolg – aanvraag SPT (slaappositietherapie)

Aanvraag proefperiode

Proefplaatsing periode van _____ tot _____

SPT als tweede hulpmiddel? Neem voor deze proefplaatsing contact op met spt@westfalen.com

Toelichting: _____

Opmerkingen

*Handtekening

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en faxen naar 0570 – 858451