



Overstapformulier CPAP-therapie

Westfalen Medical BV

Rijgstraal 14
7418 EW Deventer
Tel. 0570 - 858 450
Fax. 0570 - 858 451

westfalenmedical.com
slaapapneu@westfalen.com

Voorletters	:		
Achternaam	:		
Adres	:		
Postcode / plaats	:		
Telefoonnummer	:		
E-mailadres	:		
Geboortedatum	:	BSN	:
Zorgverzekeraar	:	Polisnummer	:
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. De verzekerde geeft hierbij opdracht aan zijn of haar huidige leverancier om de laatste therapiegegevens beschikbaar te stellen aan Westfalen Medical.
3. De verzekerde geeft hierbij toestemming aan Westfalen Medical om zijn of haar toekomstige therapiegegevens beschikbaar te stellen aan de behandelend arts.
4. 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.
5. 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.
6. Het overstapformulier wordt toegevoegd aan het patiëntendossier en op verzoek van de zorgverzekeraar getoond.
7. De oude leverancier draagt het complete dossier over aan de nieuwe leverancier.
8. De oude leverancier bewaart een kopie van het overstapformulier minimaal 5 jaar.

Datum	:		Datum	:		Datum	:	
Plaats	:		Plaats	:		Plaats	:	
Handtekening verzekerde	:		Handtekening nieuwe leverancier	:		Handtekening oude leverancier	:	