

## Stopverklaring positietherapie (SPT)

\* verplicht veld

### Gegevens verzekerde:

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

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

\* Geslacht  M  V \_\_\_\_\_

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

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

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

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

\* Telnr. vast/mob \_\_\_\_\_

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

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

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

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

### Gegevens medisch specialist:

\* Naam \_\_\_\_\_

\* Zorginstelling \_\_\_\_\_

\* Afdeling \_\_\_\_\_

\* Plaats \_\_\_\_\_

\* Telefoonnr. \_\_\_\_\_

\* Functie \_\_\_\_\_

\* BIG nummer \_\_\_\_\_

AGB nummer \_\_\_\_\_

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

\* Datum \_\_\_\_\_

### Verzoek

Wij verzoeken u om voor bovenstaande patiënt de therapie te staken en alle verstrekte hulpmiddelen retour te halen.

### Opmerkingen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### \* Handtekening medisch specialist:

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