

Aanvraag machtigingsformulier

Positietherapie

1. Patiënt (of gebruik een sticker met patiëntgegevens)

Naam	_____	Voorletters	_____	☐ M ☐ V
Adres	_____	Geboortedatum	_____	
PC en Plaats	_____	BSN	_____	
Telefoon	_____	Zorgverzekeraar	_____	
E-mail	_____	Polisnummer	_____	
Afleveradres	☐ Thuis (zie boven) ☐ Anders (zie hiernaast)	Adres	_____	
		PC en Plaats	_____	

2. Onderzoeksgegevens¹

☐ Naar aanleiding van polygrafie / screening	☐ Verzekerde heeft indicatie positie afhankelijke OSAS (POSAS)
Onderzoeksdatum	_____
Apneu/Hypopneu index	_____ (Aantal p/u)
AHI rugligging	_____ (Aantal p/u)
AHI rugligging	_____ (Aantal p/u)
AHI zijligging	_____ (> 10 % en < 90 %)

3. Klachten (meerdere keuzes mogelijk)

☐ Stokkende ademhaling	☐ Vermoeidheid overdag
☐ Herhaald wakker schrikken	☐ Concentratieverlies
☐ Niet verfrissende slaap	☐ Overmatige slaperigheid overdag, niet anders verklaard

4. Aanvraag proefperiode

Proefplaatsing periode van _____ tot _____	Serienummer SPT _____
Beargumentatie: _____	Handtekening _____
Hoe wilt u dat de positietherapie wordt toegepast?	☐ Om de borst ☐ Om de nek
SPT tweede hulpmiddel? Neem voor proefplaatsing contact op met spt@mediqtefa.nl	

6. Evaluatie proefperiode / definitieve aanvraag¹

☐ Voldoende afname van percentage rugligging	☐ Voldoende verbetering van symptomen
☐ Ik verklaar dat de bovengenoemde verzekerde bekend is met de toepassing van het aangevraagde hulpmiddel en dat bij gebruik een verbetering bereikt wordt die niet op eenvoudiger wijze is te verkrijgen.	
Datum	_____
Handtekening	_____

7. Instelling en gegevens aanvrager

Instelling	_____	AGB-code	_____
Afdeling	_____	Klantnummer	_____
Naam	_____	Telefoon	_____
Functie	_____	Email adres*	_____
Adres	_____	Handtekening	_____
PC en plaats	_____		

¹ Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obstructief slaapapneu (OSA) bij volwassenen.