

Aanvraag machtigingsformulier

Positietherapie Dienst Justitiële Inrichtingen

1. Cliënt

Naam _____ Voorletters _____ M V Geb. datum _____
BSN _____ Zorgverzekeraar buiten DJI _____
Locatie DJI (naam en adres) _____

2. Kwam cliënt al binnen met apparatuur?

 Ja Nee (ga verder met blok 3)Had de cliënt al een SPT buiten de instelling? Ja Nee

Van welke leverancier was de SPT? _____

Welk merk was de SPT? _____

Patiënt wenst dit apparaat na detentie wel of niet te gebruiken.3. Onderzoeksgegevens¹ Naar aanleiding van polygrafie / screening Verzekerde heeft indicatie positie afhankelijke OSAS (POSAS)

Onderzoeksdatum _____

Apneu/Hypopneu index _____ (Aantal p/u)

AHI zijligging _____ (Aantal p/u)

AHI rugligging _____ (Aantal p/u)

AHI in rugligging _____ (> 10 % en < 90 %)

4. Klachten (meerdere keuzes mogelijk)

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

5. 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 _____

PC en plaats _____ Handtekening _____

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