

**AANVRAAG MACHTIGINGSFORMULIER****Positietherapie***Deze machtigingsaanvraag is inclusief de proefplaatsingsperiode***1****PATIËNT**Naam \_\_\_\_\_ Voorletter \_\_\_\_\_  M  V

Adres \_\_\_\_\_ Geboortedatum \_\_\_\_\_

PC en Plaats \_\_\_\_\_ Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_ BSN \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Polisnummer \_\_\_\_\_

Afleveradres  Thuis (zie boven) \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_ Anders (zie hiernaast) \_\_\_\_\_ PC en Plaats \_\_\_\_\_**2****ONDERZOEKSGEGEVENS <sup>1</sup>** Naar aanleiding van polygrafie / screening  
Onderzoeksdatum\* \_\_\_\_\_  Naar aanleiding van polysomnografie  Verzekerde heeft indicatie positie afhankelijke OSAS (POSAS)

Apneu/Hypopneu index\* \_\_\_\_\_ (Aantal p/u)

AHI rugligging\* \_\_\_\_\_ (Aantal p/u)

AHI in zijligging\* \_\_\_\_\_ (Aantal p/u)

% rugligging\* \_\_\_\_\_ (> 10 % en < 90 %) \* Verplichte velden**3****KLACHTEN** (meerdere keuzes mogelijk)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stokkende ademhaling      | <input type="checkbox"/> Vermoeidheid overdag                                   |
| <input type="checkbox"/> Herhaald wakker schrikken | <input type="checkbox"/> Concentratieverlies                                    |
| <input type="checkbox"/> Niet verfrissende slaap   | <input type="checkbox"/> Overmatige slaperigheid overdag, niet anders verklaard |

**4****AANVRAAG PROEFPERIODE**

Proefplaatsing periode van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

Serienummer SPT \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_

SPT tweede hulpmiddel? Neem voor proefplaatsing contact op met spt@mediqtefa.nl

Beargumentatie: \_\_\_\_\_

**5****EVALUATIE PROEFPERIODE / DEFINTIEVE AANVRAAG <sup>1</sup>**

- 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 \_\_\_\_\_

**6****INSTELLING EN GEGEVENS AANVRAGER**

Instelling \_\_\_\_\_ AGB-code \_\_\_\_\_

Afdeling \_\_\_\_\_ Klantnummer \_\_\_\_\_

Naam \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

Functie \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

PC en Plaats \_\_\_\_\_