

Aanvraag PEP/IMT/RMT therapie

* verplicht veld

Gegevens verzekerde:

* Voornaam _____

* Achternaam _____

* Geslacht M V _____

* Geboortedatum _____

* Adres _____

* Postcode _____

* Woonplaats _____

* Telefoonnummer _____

Tweede telefoonnummer _____

E-mailadres _____

* Zorgverzekeraar _____

* Polisnummer _____

* BSN _____

Gegevens medisch specialist:

* Uw naam _____

* Zorginstelling _____

* Afdeling _____

* Plaats _____

* Telefoonnummer _____

* Functie _____

* BIG nummer _____

AGB nummer _____

E-mailadres _____

* Datum aanvraag _____

Afleveradres (indien afwijkend)

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

* Medische indicatie

Astma Anders _____

Bronchiëctasieën (BE) _____

COPD _____

COVID-19 _____

Cystic fibrosis _____

* PEP/IMT/RMT en toebehoren

Geen voorkeur (Westfalen Medical kiest de meest geschikte PEP/IMT/RMT en toebehoren)

PARI O-PEP

Aerobika

Flutter

Shaker classic

PARI PEP S Masker

Philips Threshold PEP

Acapella Choice Masker

KIT PIPEP (met gekleurde weerstanden) PEP/RMT Masker

Overige _____

Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen wanneer van toepassing)

Nummer sticker op verpakking

Datum instructie

Opmerkingen

Let op! Het PEP apparaat wordt 1 x per 2 jaar vergoed door de zorgverzekeraar.

***Handtekening**

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