

## Aanvraag PEP therapie

\* verplicht veld

### Gegevens verzekerde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Gegevens aanvrager

\* Uw naam \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Afleveradres (indien afwijkend)

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

### \* Medische indicatie

Astma

COPD

Cystic fibrosis (CF)

Bronchiëctasie (BE)

Anders \_\_\_\_\_

### \* PEP en toebehoren

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

Shaker classic

Flutter

Aerobika

Acapella Choice  Masker

Philips Threshold PEP  Masker

Pari PEP systeem

Overig \_\_\_\_\_

### Inspiratoire spiertraining (IMT)

Philips Treshold IMT  Masker

RMT (met apart gekleurde weerstanden)  Masker

Overig \_\_\_\_\_

**Depotbeheer locatie zorginstelling** (alleen invullen wanneer van toepassing)

- Is aan cliënt meegegeven
- Instructie aan cliënt gegeven
- Graag voorraad aanvullen

**Opmerkingen**

---

---

---

\* Handtekening aanvrager:

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