

Indicatieformulier personenalarmering

i Zorg dat u dit document opslaat op uw computer voordat u begint met het invullen en vul het formulier volledig in, zodat wij uw aanvraag in behandeling kunnen nemen.

Gaat u naar een gecontracteerde zorgaanbieder? Dan hoeft u geen machtiging aan te vragen wanneer de verzekerde ouder is dan 18 jaar.

Bent u in bezit van een WLZ indicatie? Dan kunt u niet via dit formulier een machtigingsaanvraag doen, neem contact op met uw zorgkantoor voor extra informatie.

De volgende gegevens dient u samen met dit ingevulde formulier via de webpagina te uploaden:

De verwijzing met daarin de medische indicatie omschreven door de behandelend arts, physician assistant of verpleegkundig specialist.

Persoonsgegevens verzekerde

Naam

Polisnummer

Geboortedatum (dd-mm-jjjj)

Gegevens zorgaanbieder

Controleer/vraag of uw zorgaanbieder een WDTM keurmerk heeft dit is verplicht om voor vergoeding in aanmerking te komen.

Naam

AGB-code

Medische informatie

Is één van onderstaande punten op u van toepassing (meerdere antwoorden mogelijk)?*

Astma

Epilepsie

Bewustzijnsverlies

Hartklachten

CVA / TIA

Pacemaker / ICD

COPD, Gold-klasse:

Parkinson

Dementie

Reuma

Diabetes

Spierziekte

Anders, namelijk

Medicatie

Welke medicijnen gebruikt u?

Welke dosering?

Ondersteuning

Heeft u ondersteuning van een thuiszorgorganisatie? Ja Nee

Welke zorg?

Hoe vaak?

Communicatievermogens

Gezichtsvermogen	Goed	Redelijk	Slecht	Blind
Gehoor	Goed	Redelijk	Slecht	Doof
Spraak	Goed	Redelijk	Slecht	Niet

Algemene dagelijkse levensverrichtingen

Staan/lopen	Zelfstandig	Met hulpmiddelen	Niet
Trappen lopen	Zelfstandig	Met hulpmiddelen	Niet
In/uit stoel komen	Zelfstandig	Met hulpmiddelen	Niet
Gaan zitten/liggen	Zelfstandig	Met hulpmiddelen	Niet
Bedlegerig	Ja	Nee	
Rolstoelafhankelijk	Ja	Nee	

Geestelijke vermogens

Oriëntatie tijd	Goed	Matig	Slecht
Oriëntatie plaats	Goed	Matig	Slecht
Oriëntatie persoon	Goed	Matig	Slecht
Kort geheugen	Goed	Matig	Slecht
Lang geheugen	Goed	Matig	Slecht
Telefoon/alarm bediening mogelijk	Goed	Matig	Slecht

Risico's

Heeft u een verhoogde kans op:

Vallen	Ja	Nee
Wegraken	Ja	Nee
Benauwdheid	Ja	Nee

Hoe vaak heeft u van een van de klachten last gehad de afgelopen 12 maanden?

Denkt u in een situatie terecht te kunnen komen waarin u acuut medische hulp nodig heeft? Ja Nee

Namelijk:

Aldus naar waarheid ingevuld:

Datum

Handtekening