



Aanvraagformulier medische alarmering

Formulier dient ingevuld te worden door verzekerde en de behandelend arts

Gegevens verzekerde



Naam:
 Adres:
 Postcode / woonplaats:
 Geboortedatum: telefoon:
 Relatienummer:
 Het huishouden bestaat uit personen
 Ontvangt verzekerde reeds hulp van de thuiszorg? ja nee

betreffend hokje aankruisen / doorhalen wat niet van toepassing is

Medische indicatie:

Wat zijn de beperkingen van de verzekerde?

Welke vorm van onmiddellijke medische of technische hulp van buitenaf dient in geval van nood ingeroepen te worden?

Communicatievermogen:

Zicht	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> redelijk	<input type="checkbox"/> slecht	<input type="checkbox"/> blind
Gehoor	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> redelijk	<input type="checkbox"/> slecht	<input type="checkbox"/> doof
Spraak	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> moeilijk verstaanbaar	<input type="checkbox"/> niet verstaanbaar	

Algemene dagelijkse levensverrichtingen:

Staan/lopen	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> met hulpmiddelen
Trap lopen	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> met hulpmiddelen
In/uit stoel komen	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> met hulpmiddelen
Gaan liggen	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> met hulpmiddelen
Bedlegerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Geestelijke vermogens:

Oriëntatie tijd	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
Oriëntatie plaats	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
Oriëntatie persoon	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
Kort geheugen	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
Lang geheugen	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht

Is er ten gevolge van een ziekte een ernstig risico voor:

Vallen ja nee **Wegraken** ja nee **Benauwdheid** ja nee

Algemeen:

Is een gevoel van onveiligheid en angst de belangrijkste reden? ja nee



Naam aanvragend arts: Telefoon:
 Datum: Handtekening:

Dit formulier kunt u sturen naar CZ, Postbus 90152, 5000 LD Tilburg.