



# 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.