

Machtigingsaanvraag

Personenalarmering



Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Zorgverzekering:

Woonplaats:

Polisnummer:

Telefoonnummer:

BSN:

A Medische diagnose

- | | | | |
|------------------------------------|---|---|--|
| ☐ Alzheimer | ☐ CVA | ☐ Gebruik el. rolstoel | ☐ Parkinson |
| ☐ Aneurysma | ☐ Diabetes | ☐ Hernia / LSRS | ☐ Peroneusuitval |
| ☐ Arthrose | ☐ Epilepsie | ☐ Morbus Kahler | ☐ Terminale patiënt |
| ☐ COPD | ☐ Gebruik traplift | ☐ Oesophagusvarices | ☐ TIA |
| ☐ Anders: | | | |

B Grondslag van de aanvraag voor personenalarmering als hulpmiddel

Betrokkene is op zich ADL zelfredzaam maar thans is er sprake van verhoogd risico in samenhang met boven vermelde medische diagnose.

Er bestaat een duidelijke noodzaak om in geval van nood onmiddellijk medische en/of technische hulp van buitenaf op te kunnen roepen:

☐ Ja ☐ Nee

De alarmeringsapparatuur maakt het mogelijk zelfstandig te (blijven) wonen:

☐ Ja ☐ Nee

Betrokkene is gedurende langere tijd op zichzelf aangewezen:

☐ Ja ☐ Nee

Betrokkene kan alarmeringsapparatuur bedienen:

☐ Ja ☐ Nee

Betrokkene kan in noodsituatie zelfstandig de telefoon bedienen:

☐ Ja ☐ Nee

Personenalarmering is naar verwachting tijdelijk (korter dan 1 jaar) nodig:

☐ Ja ☐ Nee

Personenalarmering is naar verwachting langdurig (langer dan 1 jaar) nodig:

☐ Ja ☐ Nee

Naam huisarts:

Handtekening:

Datum: