

Medische alarmering

Dit formulier is bestemd voor het aanvragen van medische alarmering door u (verzekerde) en uw behandelend arts. Wij verzoeken u dit formulier volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.



Verzekerdengegevens

Relatienummer: _____
Voorletters: _____ Tussenvoegsel: _____ Achternaam: _____
Geboortedatum: _____ de heer mevrouw
Adres: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoonnummer 1: _____ Telefoonnummer 2: _____
E-mail: _____

Het huishouden bestaat uit _____ personen
Ontvangt verzekerde hulp van de thuiszorg? ja nee

1. Medische indicatie: _____

2. Wat zijn de beperkingen van de verzekerde? _____

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

4. Communicatievermogen:

Zicht: goed redelijk slecht blind
Gehoor: goed redelijk slecht doof
Sprak: goed moeilijk verstaanbaar niet verstaanbaar

5. Algemene dagelijkse levensverrichtingen:

Staan/lopen: zelfstandig met hulpmiddelen
Trap lopen: zelfstandig met hulpmiddelen
In/uit stoel komen: zelfstandig met hulpmiddelen
Gaan liggen: zelfstandig met hulpmiddelen
Bedlegerig: ja nee

6. 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

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

Vallen: ja nee

Wegraken: ja nee

Benauwdheid: ja nee

8. Algemeen:

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



Gegevens en ondertekening aanvrager

Naam aanvragend arts: _____ AGB-code: _____

Datum: _____ Telefoonnummer: _____

Handtekening arts: _____



Dit formulier kunt u sturen naar mbz@pzp.nl of per post: **PZP, afdeling Medische beoordelingen PZP, Postbus 4322, 5004 JH Tilburg.**
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling Medische beoordelingen PZP, telefoonnummer **(013) 594 97 27.**