



Indicatieformulier personenalarmering

Persoonsgegevens

Naam: BSN:
Adres: Zorgverzekeraar:
PC/Woonplaats: Polisnr.:
Geb. datum:

Reden aanvraag:

.....
.....

Medische informatie

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Bewustzijnsverlies | <input type="checkbox"/> Hartklachten |
| <input type="checkbox"/> CVA / TIA | <input type="checkbox"/> Pacemaker / ICD |
| <input type="checkbox"/> COPD, Gold-klasse: | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Dementie | <input type="checkbox"/> Reuma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Spierziekte |
| <input type="checkbox"/> Anders, nl. | |

Graag nadere toelichting op bovenstaande:

.....

Medicatie

Welke medicijnen gebruikt u?

.....
.....

Welke dosering?

.....

Ondersteuning

Heeft u ondersteuning van een thuiszorgorganisatie? ja nee

Welke zorg?

Hoe vaak?

Ontvangt u zorg vanuit de Wlz (Wet langdurige zorg)? ja nee *)

*) **NB** *Ontvangt u zorg vanuit de Wlz dan kunnen wij uw aanvraag niet in behandeling nemen. U kunt zich richten tot uw zorgkantoor met het verzoek om personenalarmering*

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
Gaan zitten/liggen zelfstandig met hulpmiddelen
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?

.....
Anders, namelijk

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

ja nee

Namelijk:
.....
.....

Aldus naar waarheid ingevuld:

Naam huisarts:

Datum:

Datum:

Telefoon:

Handtekening

Handtekening: