

Machtigingsaanvraag personenalarmering



Naam		Geb-datum	
Adres		Zorgverz.	
Woonplaats		Polis-nr	
Tel-nr		BSN	

A | Medische diagnose:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> CVA | <input type="checkbox"/> Gebruik el. rolstoel | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Aneurysma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hernia / LSRS | <input type="checkbox"/> Peroneusuitval |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Morbus Kahler | <input type="checkbox"/> Terminale patiënt |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Gebruik traplift | <input type="checkbox"/> Oesophagusvarices | <input type="checkbox"/> TIA |
| <input type="checkbox"/> 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		

C | Dit formulier faxen of mailen naar:

M-ALERT

fax: 0413 – 273 710 | e-mail: info@m-alert.nl