



Dit formulier dient ingevuld te worden door verzekerde en de behandelend arts.

## 1 Gegevens verzekerde

Naam: .....  
Adres: .....  
Woonplaats: .....  
Geboortedatum: .....  
Telefoon: .....  
Relatienummer: .....

## 2 Gegevens aanvragend arts

Naam: .....  
Telefoon: .....  
Datum: .....

Het huishouden bestaat uit ..... personen.

Is de verzekerde grote delen van de dag alleen?

Ja

Nee

Omschrijf situatie:

.....  
.....

### Medische toelichting

De verzekerde heeft een lichamelijke beperking of chronische aandoening?

Ja

Nee

Medisch diagnose:

.....  
.....

Is er sprake van medische of technische hulp om een levensbedreigende situatie te voorkomen?

Ja

Nee

Omschrijf medische noodzaak/hulp:

.....  
.....

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

.....  
.....

Kan de verzekerde in een noodsituatie de telefoon zelf bedienen?

Ja

Nee

Is er andere belangrijke informatie waardoor het handelen van de verzekerde wordt beperkt zoals bijvoorbeeld medicatie of een hulpmiddel waar de verzekerde van afhankelijk is?

.....  
.....

Is er sprake van gebruik van zuurstofapparatuur?

Ja

Nee

Is een gevoel van onveiligheid en angst de belangrijkste reden?

Ja

Nee

Naam gekozen leverancier:

M-ALERT (AGB-code: 76083411)

.....

Is dit een gecontracteerde leverancier?

Ja

Nee

---

Formulier dient ondertekend te worden door verzekerde en de behandelend arts. Bij een positieve beoordeling zal een akkoordverklaring worden doorgestuurd naar de gecontracteerde leverancier. U krijgt hierover schriftelijk bericht van ons.

Handtekening behandelend arts

Handtekening verzekerde<sup>1</sup>

.....

---

<sup>1</sup> Hierbij geef ik de zorgverzekeraar ook toestemming om bij mijn behandelend arts informatie op te vragen.

**Ingevulde formulier opsturen naar:**

**CZ**

**Postbus 90152**

**5000 LD TILBURG**