

Medische alarmering

Formulier dient ingevuld te worden door verzekerde en de behandelend arts

Gegevens verzekerde

Naam:	Geboortedatum:
Adres:	Postcode / woonplaats:
Relatienummer:	Telefoon:
Het huishouden bestaat uit _____	personen
Ontvangt verzekerde reeds hulp van de thuiszorg? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

betreffend hokje aankruisen / doorhalen wat niet van toepassing is

Medische indicatie:

Wat zijn de beperkingen van de verzekerde?

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

Communicatievermogen:

Zicht	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> redelijk	<input type="checkbox"/> slecht	<input type="checkbox"/> blind
Gehoor	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> redelijk	<input type="checkbox"/> slecht	<input type="checkbox"/> doof
Spraak	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> moeilijk verstaanbaar	<input type="checkbox"/> niet verstaanbaar	

Algemene dagelijkse levensverrichtingen:

Staan/lopen	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> met hulpmiddelen
Trap lopen	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> met hulpmiddelen
In/uit stoel komen	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> met hulpmiddelen
Gaan liggen	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> met hulpmiddelen
Bedlegerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Geestelijke vermogens:

Oriëntatie tijd	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
Oriëntatie plaats	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
Oriëntatie persoon	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
Kort geheugen	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
Lang geheugen	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht

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

Vallen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Wegraken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Benaauwdheid	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
--------	--	----------	--	--------------	--

Algemeen:

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

Naam aanvragend arts:	Telefoon:
Datum:	Handtekening:



Dit formulier kunt u in de antwoordvelop sturen naar: **CZ, afdeling Declaraties PZP, Postbus 4322, 5004 JH Tilburg**
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling Declaraties PZP, telefoonnummer (013) 593 81 00.