

Medische alarmering

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



Gegevens verzekerde

Naam: _____
Adres: _____
Woonplaats: _____
Geboortedatum: _____
Telefoon: _____
Relatienummer: _____

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:

Is dit een gecontracteerde leverancier?

ja nee



Gegevens en ondertekening aanvrager

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 verzekerde¹

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



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.**