

Aanvraagformulier medische alarmering

Dit formulier moet worden ingevuld door verzekerde en de behandelend arts.

Gegevens verzekerde

Naam:
Adres:
Postcode / woonplaats:
Geboortedatum: telefoon:
Relatienummer:
Het huishouden bestaat uit personen
Ontvangt verzekerde reeds hulp van de thuiszorg? ja 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 ja nee **Wegraken** ja nee **Benauwdheid** ja nee

Algemeen:

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

Naam aanvragend arts: Telefoon:
Datum: Handtekening:

Dit formulier kunt u sturen naar OHRA, Postbus 4172, 5004 JD Tilburg.

Voor eigen gebruik- deze pagina niet mee sturen

Checklist bij het aanvragen van een vergoeding voor personenalarmering

Het beoordelen van een aanvraag is mensenwerk. Maak het de beoordelaar van de zorgverzekeraar makkelijk door de juiste informatie te verstrekken. Vraag de huisarts niet alleen het ziektebeeld te benoemen maar vraag ook om deze extra gegevens:

➤ Medicijngebruik

Het gebruik van bepaalde medicijnen kan de kans op vallen doen toenemen. Dat is belangrijke informatie die niet bij een aanvraag mag ontbreken.

➤ Vallen

Als u af en toe valt, vertel dat dan ook. Dat is veel duidelijker dan vertellen dat er een kans op vallen is. Dat geldt immers voor iedereen. Wees duidelijk in deze omschrijving.

➤ Woonsituatie

Gaat het om iemand die zelfstandig woont? Bent u vaak alleen als er acuut hulp nodig kan zijn? Of is er altijd of vaak wel iemand in de buurt die hulp zou kunnen invoeren?

Let op!

Algemene beperkingen die vaak met ouderdom te maken hebben zoals slecht zien, beperkte mobiliteit, slecht gehoor of vergeetachtigheid spelen meestal geen of slechts een kleine rol. Ze zijn natuurlijk wel van invloed op de veiligheid, maar in de ogen van de meeste verzekeraars zijn dit soort algemene beperkingen geen reden om een alarm te vergoeden vanuit de basisverzekering.

Met een personenalarm bent u alleen veilig!

Een aanvraag bij uw zorgverzekeraar was nog nooit zo eenvoudig als bij alarmaanvragen.nl
