

Indicatieformulier personenalarmering

i Zorg dat u dit document opslaat op uw computer voordat u begint met het invullen en vul het formulier volledig in, zodat wij uw aanvraag in behandeling kunnen nemen.

Gaat u naar een gecontracteerde zorgverlener? En bent u ouder dan 18 jaar?

Dan hoeft u geen machtiging aan te vragen. Raadpleeg hiervoor de [Zorgzoeker](#).

Heeft u een Wlz-indicatie? Dan is het voor u niet mogelijk om via dit formulier een machtiging aan te vragen. Neem contact op met uw zorgkantoor.

Lever dit ingevulde formulier aan via onze [website](#). Voeg daarbij dan ook het volgende toe:

Het functioneel voorschrift, uitgeschreven door de huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist, wijkverpleegkundige.

Gegevens verzekerde

Voor- en achternaam

Geboortedatum

Klantnummer zorgverzekering

Gegevens zorgverlener

Om voor vergoeding in aanmerking te komen is het belangrijk dat de zorgverlener het WDTM keurmerk heeft.

Naam zorgverlener

AGB-code leverancier

Medische informatie

Geef aan voor welke ziekte of aandoening personenalarmering wordt ingezet. Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

Astma

Epilepsie

Bewustzijnsverlies

Hartklachten

CVA / TIA

Pacemaker / ICD

COPD, Gold-klasse:

Parkinson

Dementie

Reuma

Diabetes

Spierziekte

Anders, namelijk

Medicatie

Welke medicijnen zijn er in gebruik?

In welke dosering wordt de medicatie gebruikt?

Ondersteuning

Wordt er hulp geleverd door een thuiszorgorganisatie? Ja Nee

Waarvoor wordt deze hulp geleverd?

Hoe vaak wordt deze hulp geleverd?

Communicatievermogen

Gezichtsvermogen	Goed	Redelijk	Slecht	Blind
Gehoer	Goed	Redelijk	Slecht	Doof
Spraak	Goed	Redelijk	Slecht	Niet

Vermogen dagelijkse beweging

Staan/lopen	Zelfstandig	Met hulpmiddelen	Niet
Trappen lopen	Zelfstandig	Met hulpmiddelen	Niet
In/uit stoel komen	Zelfstandig	Met hulpmiddelen	Niet
Gaan zitten/liggen	Zelfstandig	Met hulpmiddelen	Niet
Bedlegerig	Ja	Nee	
Rolstoelafhankelijk	Ja	Nee	

Geestelijk vermogen

Oriëntatie tijd	Goed	Matig	Slecht
Oriëntatie plaats	Goed	Matig	Slecht
Oriëntatie persoon	Goed	Matig	Slecht
Kort geheugen	Goed	Matig	Slecht
Lang geheugen	Goed	Matig	Slecht
Telefoon/alarm bediening mogelijk	Goed	Matig	Slecht

Risico's

Is er een verhoogde kans op:

Vallen	Ja	Nee
Wegraken	Ja	Nee
Benauwdheid	Ja	Nee

Hoe vaak kwamen de klachten in de afgelopen 12 maanden voor?


Is er kans op een situatie waarin acuut medische hulp nodig is? Ja Nee

Namelijk:

Ik bevestig dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld Ja

Datum

Handtekening

Ga naar  in Adobe Acrobat. U ondertekent dit formulier door met uw muis uw handtekening te plaatsen.