

Aanvraag persoonlijke alarmeringsapparatuur



Vul dit formulier helemaal in met blauwe of zwarte pen en in blokletters.
(Niet volledig ingevulde formulieren nemen we niet in behandeling!)

1 Algemene gegevens

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>					
Straatnaam	<input type="text"/>			Huisnr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Toevoeging	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>			Land	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Man	<input type="checkbox"/>	Vrouw	Burgerservicenummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Polisnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wilt u naar een gecontracteerde leverancier? Bel dan naar EuroCross op 071 364 17 07 of naar Stichting ATA op 020 592 31 31. U heeft dit formulier dan niet nodig. Wilt u naar een niet gecontracteerde leverancier? Laat dan dit formulier invullen door uw arts en stuur het naar ons op.

2 Medische gegevens (in te vullen door de behandelend arts)

Wat is de medische indicatie?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> COPD, welk GOLD stadium? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ernstige astma | <input type="checkbox"/> Diabetes type 1 met insulinegebruik |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, voelt een aanval aankomen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Hartfalen | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Carcinoom met metastasen | <input type="checkbox"/> CVA |
| <input type="checkbox"/> TIA | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> MS |
| <input type="checkbox"/> ALS | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Overige ernstige medische aandoeningen |

Toelichting bij overige ernstige medische aandoeningen en/of algemene opmerkingen:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Welke relevante hulpmiddelen en/of medicatie gebruikt verzekerde?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

3 Aanvullende gegevens (in te vullen door de behandelend arts)

Woont verzekerde alleen? Ja Nee

Heeft verzekerde een verhoogde kans in een noodsituatie te komen? Ja Nee

Is er dan direct hulp van buitenaf nodig om ernstige complicaties te voorkomen? Ja Nee

Zo ja, wat zijn de mogelijke complicaties?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

4 Ondertekening behandelend arts

Naam of stempel behandelend arts

Handtekening behandelend arts

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datum

Stuur dit formulier in een envelop naar: Zilveren Kruis, Postbus 444, 2300 AK Leiden.

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement (www.zilverenkruis.nl/Paginas/Privacy.aspx) van Zilveren Kruis. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.