

Gegevens verzekerde

Naam: _____

Adres: _____ huisnr.: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Telefoon: _____ Geboortedatum: _____

BSN (Burgerservicenummer): _____

Polisnummer: _____

Medische diagnose

Beschrijf hier de medische diagnose

Gegevens behandelend arts

Naam arts: _____

Adres: _____ huisnr.: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Telefoon: _____

Handtekening arts: _____ Stempel van arts: _____

--	--

Vragenlijst

- Is betrokkene sociaal en ADL-redzaam? ja nee
- Is er een verhoogd risico in een noodsituatie terecht te komen? ja nee
- Bestaat er een duidelijke noodzaak om in geval van nood onmiddellijk medische en/of technische hulp van buitenaf in te roepen? ja nee
- Maakt de alarmeringsapparatuur het mogelijk om zelfstandig te wonen? ja nee
- Kan de betrokkene de alarmeringsapparatuur bedienen? ja nee
- Kan de betrokkene in een noodsituatie de telefoon zelf bedienen? ja nee
- Woont betrokkene in een aanleunwoning dan wel in een verzorgingshuis? ja nee