

**Gegevens verzekerde**

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode / 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

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: \_\_\_\_\_

Handtekening<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

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