



## Indicatieformulier personenalarmering

### Persoonsgegevens

Naam: ..... BSN: .....  
Adres: ..... Zorgverzekeraar: .....  
PC/Woonplaats: ..... Polisnr.: .....  
Geb. datum: .....

Reden aanvraag:

.....  
.....

### Medische informatie

Is één van onderstaande punten op u van toepassing (meerdere antwoorden mogelijk)?\*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Astma                    | <input type="checkbox"/> Epilepsie       |
| <input type="checkbox"/> Bewustzijnsverlies       | <input type="checkbox"/> Hartklachten    |
| <input type="checkbox"/> CVA / TIA                | <input type="checkbox"/> Pacemaker / ICD |
| <input type="checkbox"/> COPD, Gold-klasse: ..... | <input type="checkbox"/> Parkinson       |
| <input type="checkbox"/> Dementie                 | <input type="checkbox"/> Reuma           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Spierziekte     |
| <input type="checkbox"/> Anders, nl. ....         |  |

Graag nadere toelichting op bovenstaande:

.....

### Medicatie

Welke medicijnen gebruikt u?

.....  
.....

Welke dosering?

.....

### Ondersteuning

Heeft u ondersteuning van een thuiszorgorganisatie?  ja  nee

Welke zorg? .....

Hoe vaak? .....

Ontvangt u zorg vanuit de Wlz (Wet langdurige zorg)?  ja  nee \*)

\*) **NB** *Ontvangt u zorg vanuit de Wlz dan kunnen wij uw aanvraag niet in behandeling nemen. U kunt zich richten tot uw zorgkantoor met het verzoek om personenalarmering*

### Communicatievermogens

Gezichtsvermogen  goed  redelijk  slecht  blind

Gehoor  goed  redelijk  slecht  doof  
Sprak  goed  redelijk  slecht  niet

### Algemene dagelijkse levensverrichtingen

Staan/lopen  zelfstandig  met hulpmiddelen  niet  
Trappen lopen  zelfstandig  met hulpmiddelen  niet  
In/uit stoel komen  zelfstandig  met hulpmiddelen  
Gaan zitten/liggen  zelfstandig  met hulpmiddelen  
Bedlegerig  ja  nee  
Rolstoelafhankelijk  ja  nee

### Geestelijke vermogens

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

Heeft u een verhoogde kans op:

Vallen  ja  nee  
Wegraken  ja  nee  
Benauwdheid  ja  nee

Hoe vaak heeft u van een van de klachten last gehad de afgelopen 12 maanden?

.....  
Anders, namelijk .....

Denkt u in een situatie terecht te kunnen komen waarin u acuut medische hulp nodig heeft?

ja  nee

Namelijk:

.....  
.....

### NB

**Vergeet u niet een verwijsbrief van uw huisarts naar ons toe te sturen**

Aldus naar waarheid ingevuld:

Datum: .....

Handtekening .....