



STICHTING ZIEKTEKOSTENVERZEKERING KRIJGSMACHT

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

Volledig ingevuld opsturen naar: SZVK van VGZ, t.a.v. Machtigingen, Postbus 25150, 5600 RS Eindhoven

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

Voor eigen gebruik- deze pagina niet mee sturen

Checklist bij het aanvragen van een vergoeding voor personenalarmering

Het beoordelen van een aanvraag is mensenwerk. Maak het de beoordelaar van de zorgverzekeraar makkelijk door de juiste informatie te verstrekken. Vul niet alleen het ziektebeeld in maar ook deze extra gegevens:

➤ Medicijngebruik	Het gebruik van bepaalde medicijnen kan de kans op vallen doen toenemen. Dat is belangrijke informatie die niet bij een aanvraag mag ontbreken.
➤ Vallen	Als u af en toe valt, vertel dat dan ook. Dat is veel duidelijker dan vertellen dat er een kans op vallen is. Dat geldt immers voor iedereen. Wees duidelijk in deze omschrijving.
➤ Woonsituatie	Gaat het om iemand die zelfstandig woont? Bent u vaak alleen als er acuut hulp nodig kan zijn? Of is er altijd of vaak wel iemand in de buurt die hulp zou kunnen inroepen?

Let op!

Algemene beperkingen die vaak met ouderdom te maken hebben zoals slecht zien, beperkte mobiliteit, slecht gehoor of vergeetachtigheid spelen meestal geen of slechts een kleine rol. Ze zijn natuurlijk wel van invloed op de veiligheid, maar in de ogen van de meeste verzekeraars zijn dit soort algemene beperkingen geen reden om een alarm te vergoeden vanuit de basisverzekering.

Met een personenalarm bent u alleen veilig!

Een aanvraag bij uw zorgverzekeraar was nog nooit zo eenvoudig als bij alarmaanvragen.nl
