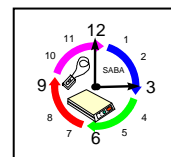


SABA Alarmering Medische indicatie aanvraag personenalarmering

SABA Gebruikernummer. :	
Naam :	
Adres :	
Pc. Woonplaats :	
Telefoon :	
Geb. datum :	
Inschrijf datum :	
Verzekering :	
Bijzonderheden :	
Email contactpersoon / gebruiker :	



Medische diagnose:

<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> CVA	<input type="checkbox"/> Gebruik el. rolstoel	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Aneurysma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hernia / LSRS	<input type="checkbox"/> Peroneusuitval
<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Morbus Kahler	<input type="checkbox"/> Terminale patiënt
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Gebruik traplift	<input type="checkbox"/> Oesophagusvarices	<input type="checkbox"/> TIA
<input type="checkbox"/> Anders			

Grondslag van de aanvraag voor personenalarmering als hulpmiddel:

Betrokkene is op zich ADL zelfredzaam maar thans is er sprake van verhoogd risico in samenhang met boven vermelde medische diagnose.

Er bestaat een duidelijke noodzaak om in geval van nood onmiddellijk medische en/of technische hulp van buitenaf op te kunnen roepen:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
De alarmeringsapparatuur maakt het mogelijk zelfstandig te (blijven) wonen:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
Betrokkene is gedurende langere tijd op zichzelf aangewezen:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
Betrokkene kan alarmeringsapparatuur bedienen:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
Betrokkene kan in noodsituatie zelfstandig de telefoon bedienen:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
Personenalarmering is naar verwachting tijdelijk (korter dan 1 jaar) nodig:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
Personenalarmering is naar verwachting langdurig (langer dan 1 jaar) nodig:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE

Naam huisarts (huisartsenpraktijk):

Handtekening Huisarts: _____

Datum: _____

Dit formulier mailen of sturen aan SABA Alarmering. e-mail: info@sabaalarm.nl

(Deze gegevens zullen uitsluitend worden gebruikt, voor de ziektekostenverzekering van het persoonsalarm)