

Dit formulier sturen naar Participe Amstelland!!!

MACHTIGINGSAANVRAAG HUISARTS/SPECIALIST ALARMERINGSAPPARATUUR
LET OP! alleen invullen indien verzekerd bij Zorg en Zekerheid of ONVZ.

Patiënt gegevens	Leverancier
Naam:	 Participe Amstelland Afdeling Persoonsalarmering Ontmoetingscentrum 'De Meent' Orion 3 1188 AM Amstelveen Telefoon: 020-5 430 452 alarmering@participe.nu www.participe-amstelland.nu
Adres:	
Woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Geboortedatum:	
Zorgverzekering: Zorg en Zekerheid / ONVZ (a.u.b. doorstrepen)	
Relatienummer:	
BSN:	

Medische diagnose:

.....

.....

Er dienen medische gronden aanwezig te zijn waardoor een valrisico ontstaat, dit kan het gevolg zijn van (omcirkel wat van toepassing is):

- a. De persoon is volledig afhankelijk van een elektrisch aangedreven hulpmiddel en niet in staat om bij een val uit de voorziening zelfstandig hulp in te roepen
- b. De persoon heeft gevolg van een revalidatie, een ziekenhuisopname of een poliklinische medische ingreep in combinatie met immobiliteit en een verhoogd medisch risico
- c. Cardiologische aandoening
- d. Epilepsie
- e. CVA (Cerebro Vasculair Accident)

Duur van verwacht gebruik alarmapparatuur:.....

Betreft het een eerste verstrekking: ja nee

Bestaat er een verhoogd risico om in een noodsituatie te komen waarbij direct medische of technische hulp van buitenaf moet worden ingeroepen? ja nee

Zo, ja welk(e) risico's.....

Naam arts:.....	Telefoonnummer:.....
Datum:.....	Handtekening arts:.....