

Aanvraag persoonlijke alarmeringsapparatuur

Vul dit formulier helemaal in met blauwe of zwarte pen en in blokletters.
(Niet volledig ingevulde formulieren nemen we niet in behandeling!)

1 Algemene gegevens verzekerde

Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	
Straatnaam		Huisnummer	Toevoeging
Postcode	Woonplaats		Land
Geboortedatum	(DD/MM/JJJJ)	Polisnummer	(9 cijfers)

Wilt u naar een gecontracteerde leverancier? Bel dan naar EuroCross op 071 364 17 07. U heeft dit formulier dan niet nodig.

Wilt u naar een niet gecontracteerde leverancier? Laat dan dit formulier invullen door uw arts of BIG-geregistreeerde verpleegkundige en stuur het naar ons op.

2 Medische gegevens

Wat is de medische indicatie?

COPD, welk GOLD stadium?		Ernstige astma	Diabetes type 1 met insulinegebruik	
Epilepsie, voelt een aanval aankomen.	Ja	Nee	Hartfalen	Angina Pectoris
Pacemaker		Carcinoom met metastasen	CVA	
TIA		Parkinson	MS	
ALS		Osteoporose	Overige ernstige medische aandoeningen	

Toelichting bij overige ernstige medische aandoeningen en/of algemene opmerkingen:

Welke relevante hulpmiddelen en/of medicatie gebruikt verzekerde?

3 Aanvullende gegevens

Woont verzekerde alleen?	Ja	Nee
Heeft verzekerde een verhoogde kans in een noodsituatie te komen?	Ja	Nee
Is er dan direct hulp van buitenaf nodig om ernstige complicaties te voorkomen?	Ja	Nee

Zo ja, wat zijn de mogelijke complicaties?

4 Ondertekening behandelend arts of BIG-geregistreeerde verpleegkundige

Datum (DD/MM/JJJJ)

Naam of stempel behandelend arts of BIG-geregistreeerde verpleegkundige

Handtekening behandelend arts of BIG-geregistreeerde verpleegkundige

Stuur dit formulier in een envelop naar: De Friesland, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden.

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement (www.defriesland.nl/consumenten/privacy.aspx) van De Friesland. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.