

Aanvraag persoonlijke alarmeringsapparatuur

Vul dit formulier helemaal in met blauwe of zwarte pen en in blokletters.

DE FRIESLAND
ZORGVERZEKERAAR

1 Algemene gegevens

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>					
Straatnaam	<input type="text"/>			Huisnr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Toevoeging	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>			Land	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Polisnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw	Burgerservicenummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 Medische gegevens (in te vullen door de behandelend arts)

Wat is de medische indicatie?

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Ernstige astma | <input type="checkbox"/> Diabetes type 1 met insulinegebruik |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Hartfalen | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Carcinoom met metastasen | <input type="checkbox"/> CVA |
| <input type="checkbox"/> TIA | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> MS |
| <input type="checkbox"/> ALS | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Overige ernstige medische aandoeningen |

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Welke relevante hulpmiddelen en/of medicatie gebruikt verzekerde?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

3 Aanvullende gegevens (in te vullen door de behandelend arts)

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Woont verzekerde alleen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Heeft verzekerde een verhoogde kans in een noodsituatie te komen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Is er dan direct hulp van buitenaf nodig om ernstige complicaties te voorkomen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Zo ja, wat zijn de mogelijke complicaties?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

4 Ondertekening behandelend arts

Naam of stempel behandelend arts

<input type="text"/>

Handtekening behandelend arts

<input type="text"/>

Datum - -

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