

Aanvraagformulier medische alarmering

Dit formulier dient ingevuld te worden door verzekerde en de behandelend arts.

Gegevens verzekerde

Relatienummer		
Voorletter(s) en achternaam	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
Straatnaam en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
Geboortedatum		
Telefoonnummer	Privé	Zakelijk
E-mailadres		

Gegevens aanvragend arts

Voorletter(s) en achternaam	
Telefoonnummer	
Datum	
Uit hoeveel personen bestaat het huishouden?	
Is de verzekerde grote delen van de dag alleen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Omschrijf situatie	

Medische toelichting

De verzekerde heeft een lichamelijke beperking of chronische aandoening?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Medisch diagnose	
Is er sprake van medische of technische hulp om een levensbedreigende situatie te voorkomen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Omschrijf medische noodzaak/hulp	
Welke vorm van onmiddellijke medische of technische hulp van buitenaf dient in geval van nood ingeroepen te worden?	
Kan de verzekerde in een noodsituatie de telefoon zelf bedienen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Is er andere belangrijke informatie waardoor het handelen van de verzekerde wordt beperkt zoals bijvoorbeeld medicatie of een hulpmiddel waar de verzekerde van afhankelijk is?	

Vervolg medische toelichting

Is er sprake van gebruik van zuurstofapparatuur?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Is een gevoel van onveiligheid en angst de belangrijkste reden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Naam gekozen leverancier	
Is dit een gecontracteerde leverancier	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Formulier dient ondertekend te worden door verzekerde en de behandelend arts. Bij een positieve beoordeling zal een akkoordverklaring worden doorgestuurd naar de gecontracteerde leverancier. U krijgt hierover schriftelijk bericht van ons.

Handtekening behandelend arts	
Handtekening verzekerde ¹	

¹ Hierbij geef ik de zorgverzekeraar ook toestemming om bij mijn behandelend arts informatie op te vragen.

Dit formulier kunt u sturen naar:

OHRA
Postbus 4172
5004 JD Tilburg.

Heeft u vragen?

Dan kunt u contact opnemen met OHRA Klantenservice, telefoonnummer: 026 400 40 40.