

AANVRAAGFORMULIER ATA-alarmering

In te vullen door ATA

Datum van binnenkomst:	
Abonneenummer:	
Locatie:	

Apparaatnummer:	
Apparaattype:	
Sleutelnummer:	

Organisatie:	
Project:	

1. Gegevens in te schrijven persoon

Voorletters:	:		O man	O vrouw
Achternaam:	:			
Adres:	:			
Postcode:	:			
Woonplaats:	:			
Telefoonnummer:	:			
Geboortedatum:	:			
Naam partner (geb):	:			
BSN:	:			
Hoeveel telefoontoestellen zijn er in huis?				
	O alleenstaand		O samenwonend	

2. Gegevens professionele alarmopvolging (Indien van toepassing)

a.	Naam	:		
	Adres	:	Tel.nr. 1	
	Postcode	:	Tel.nr. 2	
	Woonplaats	:	Sleutel	O ja O nee
	Reistijd in min.	:	Sleutelcode of sleutellocatie:	

3. Gegevens waarschuwingsadressen

Meer dan 4 adressen op een apart vel vermelden (maximaal 6 in totaal)

a.	Naam	:	Relatie	:	
	Adres	:	Tel.nr. 1	:	
	Postcode	:	Tel.nr. 2	:	
	Woonplaats	:	Sleutel	O ja O nee	
	Reistijd in min.	:	Bereikbaarheid * :		

b.	Naam	:	Relatie	:	
	Adres	:	Tel.nr. 1	:	
	Postcode	:	Tel.nr. 2	:	
	Woonplaats	:	Sleutel	O ja O nee	
	Reistijd in min.	:	Bereikbaarheid * :		

c.	Naam	:	Relatie	:	
	Adres	:	Tel.nr. 1	:	

Postcode	:		Tel.nr. 2	:	
Woonplaats	:		Sleutel	O ja	O nee
Reistijd in min.	:		Bereikbaarheid *	:	

Gegevens 1^e contactpersoon:

Naam	:		Relatie	:	
Adres	:		Tel.nr. 1	:	
Postcode	:		Tel.nr. 2	:	
Woonplaats	:		Sleutel	O ja	O nee
Reistijd in min.	:		Bereikbaarheid *	:	

* Bereikbaarheid invullen indien niet 24 uur per dag en 7 dagen per week

4. Medische informatie

Naam huisarts:	
Woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Medische bijzonderheden:	
Bewaarplaats medicijnen:	
Gebruikt u Nitrobaat/Insuline, Bloedverdunner. (omcirkelen)	

5. Gegevens voor betaling

Machtiging automatische incasso: Ondergetekende, de in te schrijven persoon, stemt in met automatische afschrijving van de verschuldigde abonnementsgelden door ... van zijn/haar bank- of girorekening.	
IBAN/Bank- of girorekeningnummer:	
Bij welke maatschappij bent u tegen ziektekosten verzekerd:	
Polis- of inschrijfnummer:	
Overig	
Is abonnee onder behandeling van ziekenhuis Ja / nee	
Naam ziekenhuis:	

GEZONDHEID

Medische situatie (kruis aan)		Lichamelijke situatie (kruis aan)		
COPD	<input type="radio"/>	Goed	Matig	Slecht
Diabetes type I (insuline afhankelijk)	<input type="radio"/>	Gehoort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie	<input type="radio"/>	Gezicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Decompensatie cordis	<input type="radio"/>	Spraak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angina pectoris	<input type="radio"/>	Armfunctie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CVA	<input type="radio"/>	Handfunctie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TIA	<input type="radio"/>	Beenfunctie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Carcinoom met metastasen	<input type="radio"/>	
Ernstige slechthorendheid	<input type="radio"/>	

Denkt u in aanmerking te komen voor een medische indicatie? (omcirkelen) Ja /Nee

Is er sprake van een verhoogd valrisico? (omcirkelen) Ja / Nee

Hulpmiddelen (omcirkelen) Rollator / Rolstoel / Overig _____

Bedlegerig (omcirkelen) niet / deels / totaal

Incontinent (omcirkelen) Ja / Nee

Catheter (omcirkelen) Ja / Nee

Psychosociale situatie (omcirkelen)

Vergeetachtig Ja / Nee

Angstig Ja / Nee

Eenzaam Ja / Nee

Telefonie / Abonnement

Aanbieder: (b.v. KPN, ZIGGO) _____

 Digitaal (= b.v. internet plus bellen) Ja / Nee

OF

 Analooq (gewone telefoonlijn) Ja / Nee

Overig:
Zorg-gegevens:

Bent u in zorg bij thuiszorg Ja. Zo ja, welke thuiszorgorganisatie: _____

Ondergetekende, de in te schrijven persoon, verklaart hierbij bekend te zijn en akkoord te gaan met de voorwaarden, zoals vermeld op de huurovereenkomst.

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening in te schrijven persoon:

- Sleutelformulier ingevuld.
- Sleutel(s) in ontvangst genomen.
- Informatiemap in doos achtergelaten.
- Bijzonderheden _____

Abonnement keuze:

- Mantelzorg
- Professionele-zorgopvolging, 1 pers.
- Professionele-zorgopvolging, 2 pers.

Aanvraag behandeld door _____

Aansluiting gedaan door: _____