

AANVRAAGFORMULIER ATA-alarmering

In te vullen door ATA

Datum van binnenkomst	
Abonneenummer	
Locatie	

Apparaat nummer	
Apparaat type	
Sleutelnummer	

Organisatie	
Project	

1. Gegevens in te schrijven persoon	
Voorletters	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Achternaam	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Geboortedatum	
Naam partner (geb.)	
BSN	
Hoeveel telefoontoestellen zijn er in huis?	
<input type="checkbox"/> alleenstaand	<input type="checkbox"/> samenwonend

2. Gegevens professionele alarmopvolging (Indien van toepassing)			
a.	Naam		
	Adres	Tel.nr. 1	
	Postcode	Tel.nr. 2	
	Woonplaats	Sleutel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	Reistijd in min.	Bereikbaarheid * :	

b.	Naam	Relatie	
	Adres	Tel.nr. 1	
	Postcode	Tel.nr. 2	
	Woonplaats	Sleutel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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)		
		Goed	Matig	Slecht
COPD	<input type="radio"/>			
Diabetes type I (insuline afhankelijk)	<input type="radio"/>	Gehoort	0	0
Epilepsie	<input type="radio"/>	Gezicht	0	0
Decompensatie cordis	<input type="radio"/>	Spraak	0	0
Angina pectoris	<input type="radio"/>	Armfunctie	0	0
CVA	<input type="radio"/>	Handfunctie	0	0
TIA	<input type="radio"/>	Beenfunctie	0	0
Carcinoom met metastasen	<input type="radio"/>			
Ernstige slechthorendheid	<input type="radio"/>			

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

Is er sprake van een verhoogd valrisico? Ja / Nee

Hulpmiddelen Rollator / Rolstoel / overig _____

Bedlegerig Ja / Nee

Incontinent Ja / Nee

Catheter Ja / Nee

Psychosociale situatie

Vergeetachtig Ja /Nee

Angstig Ja /Nee

Eenzaam Ja /Nee

Telefonie / Abonnement

Aanbieder: (b.v. KPN, _____

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

Analoog (gewone telefoonlijn) Ja / Nee

Overig:

Zorg-gegevens:

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

Sleutelgegevens:

Aantal sleutel(s) nodig tot betreden van de woning:

Tag nodig tot betreden van de woning:

Woning:

Appartementencomplex:

Anders:

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.
-Tag
- Informatiemap in doos achtergelaten.
- Bijzonderheden _____

Abonnement keuze:

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

Aanvraag behandeld door _____

Aansluiting gedaan door: _____