



Aanmelding Careyn Personenalarmering

Persoonlijke gegevens

Voorletters, Naam ACDIE VISSER ☒ man ☐ vrouw

Adres VONDELLAAN 2^A

Postcode, Woonplaats 3141 TH

Telefoonnummer, Mobiel 06 292 76 798

E-mail ACDIE.VISSER@HOTMAIL.COM

Vaste telefoonlijn ☒ Nee ☐ Ja

Internetverbinding ☐ Nee ☒ Ja, locatie modem: WOONKAMER

Geboortedatum 25-4-1958

IBAN-nummer NL65 ABNA 0518 6789 54

BSN-nummer 123 705484

Legitimatie ☐ Paspoort ☐ Rijbewijs ☒ Identiteitsbewijs ☐ Verblijfsdocument

Documentnummer INLC66DL8 Einddatum: 28-4-2026

Heeft u een zorgindicatie? ☒ Nee ☐ Ja bij Careyn ☐ Ja bij _____ (naam organisatie)

Zorgverzekeraar DSW polisnummer 205174884

Naam huisgenoot _____

Geboortedatum huisgenoot _____

Is er sprake van bewindvoering / budgetbeheer? ☒ Nee ☐ ja

Naam en telefoonnummer bewindvoering / budgetbeheer _____

Soort abonnement (aankruisen wat van toepassing is):

- | | |
|--|---|
| ☒ Thuis Basis SIM | ☐ Onderweg Basis |
| ☐ Thuis Plus SIM | ☐ Onderweg Plus |
| ☐ Zorgkluis | |
| ☐ Partnerabonnement (formulier aanmelding partnerabonnement invullen) | |

Woonsituatie

(Alléén invullen bij een Plus abonnement. Let op: We installeren niet overal sleutelkluisen. Wilt u weten hoe we de woningtoegang in uw woonplaats regelen? Neem contact op met de klantenservice van Careyn: 088 123 99 88 maandag t/m vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur, of per e-mail via contact@careyn.nl)

- ☐ Woonhuis ☐ Er is toestemming van de VVE of verhuurder voor het plaatsen van een kluis
(aankruisen indien van toepassing)
- ☒ Portiekwoning ☐ Er is toestemming van de VVE of verhuurder voor het plaatsen van een kluis bij
De eigen voordeur en Centrale ingang (aankruisen indien van toepassing)

Vergoeding alarmering

Als u een verwijzing van de huisarts heeft vragen wij een vergoeding bij uw zorgverzekeraar aan ¹⁾

- ☒ Verwijzing van de huisarts is bijgesloten (aankruisen indien van toepassing)

¹⁾ Wij kunnen een machtiging aanvragen bij door ons gecontracteerde verzekeraars:

- | | | |
|-------------------|-------------|-------------------------|
| - de Amersfoortse | - Ditzo | - Nationale Nederlanden |
| - Anderzorg | - DSW | - OHRA |
| - A.S.R. | - In Twente | - Stad Holland |
| - CZ | - Menzis | - PZP |

Mantelzorgers / Sleutelhouders (zijn in bezit van sleutel(s) van de woning)

Naam 1 DC VERMEER Relatie Buurman

Telefoon 1 06 28 70 98 76 Telefoon 2 Buurman

Naam 2 06 24 00 39 90 Relatie _____

Telefoon 1 _____ Telefoon 2 _____

Naam 3 _____ Relatie _____

Telefoon 1 _____ Telefoon 2 _____

Met wie kunnen wij contact opnemen voor het maken van een installatieafspraak?

Aanvullende gegevens op te vragen bij:

- ☒ U zelf ☐ Belangenbehartiger, namelijk _____

Medische bijzonderheden (alleen aankruisen wat van toepassing is)

Lichamelijke situatie

Mobiliteit

- ☒ Valgevaarlijk
- ☒ Verlamming arm
- ☐ Verlamming been
- ☐ Volledig verlamd
- ☐ Halfzijdig verlamd
- ☐ Verminderde mobiliteit

Zicht

- ☐ Slecht ziend
- ☐ Blind

Gehoor

- ☒ Slechthorend
- ☐ Doof

Spraak

- ☒ Moeilijk sprekend
- ☐ Afasie

Chronische aandoeningen

Hart

- ☒ Hartinfarct
- ☒ Hoge bloeddruk
- ☒ Lage bloeddruk
- ☐ ICD
- ☐ Pacemaker
- ☐ Ritmestoornissen

Hersenen

- ☐ Epilepsie
- ☐ Parkinson
- ☐ Hersenbloeding
- ☒ Herseninfarct

Longen

- ☐ Astma
- ☒ COPD

Diabetes

- ☐ Type I (insuline afhankelijk)
- ☐ Type II

Geestelijke gesteldheid

- ☒ Vergeetachtigheid
- ☐ Eenzaamheid
- ☐ Dementie
- ☐ Psychische klachten

Hulpmiddelen

- ☐ Gehoorapparaat
- ☐ Rolstoel
- ☐ Trachea canule
- ☐ Zuurstof
- ☐ Catheter
- ☐ Stoma
- ☐ Tillift

Medicatie

- ☒ Bloedverduunners
- ☒ Hartmedicatie onder de tong
- ☐ Insuline
- ☒ Bloeddrukverlagers

Bewaarplaats medicatie: WOONKAMER TAFEL

Gegevens huisarts

Naam VAN BEURDEN

Adres WESTLANDSE WEG 1^R

Postcode, Woonplaats 3144 CS maastricht Telefoonnummer 0105512109

Wanneer u niet gereanimeerd wilt worden raden wij u aan een niet-reanimeren penning duidelijk zichtbaar te dragen.

Persoonlijke gegevens partnerabonnement (alleen in te vullen bij partnerabonnement)Voorletters, Naam _____ ☐ man ☐ vrouw

Telefoonnummer, Mobiel _____

Geboortedatum _____

BSN-nummer _____

Legitimatie ☐ Paspoort ☐ Rijbewijs ☐ Identiteitsbewijs ☐ Verblijfsdocument

Documentnummer _____ Einddatum: _____

Heeft u een zorgindicatie? ☐ Nee ☐ Ja bij Careyn ☐ Ja bij _____ (naam organisatie)

Zorgverzekeraar _____ polisnummer _____

Is er sprake van bewindvoering / budgetbeheer? ☐ Nee ☐ ja

Naam en telefoonnummer bewindvoering / budgetbeheer _____

Medische bijzonderheden (alleen aankruisen wat van toepassing is)**Lichamelijke situatie****Mobiliteit**

- ☐ Valgevaarlijk
- ☐ Verlamming arm
- ☐ Verlamming been
- ☐ Volledig verlamd
- ☐ Halfzijdig verlamd
- ☐ Verminderde mobiliteit

Zicht

- ☐ Slecht ziend
- ☐ Blind

Gehoör

- ☐ Slechthorend
- ☐ Doof

Spraak

- ☐ Moeilijk sprekend
- ☐ Afasie

Chronische aandoeningen**Hart**

- ☐ Hartinfarct
- ☐ Hoge bloeddruk
- ☐ Lage bloeddruk
- ☐ ICD
- ☐ Pacemaker
- ☐ Ritmestoornissen

Hersenen

- ☐ Epilepsie
- ☐ Parkinson
- ☐ Hersenbloeding
- ☐ Herseninfarct

Longen

- ☐ Astma
- ☐ COPD

Diabetes

- ☐ Type I (insuline afhankelijk)
- ☐ Type II

Geestelijke gesteldheid

- ☐ Vergeetachtigheid
- ☐ Eenzaamheid
- ☐ Dementie
- ☐ Psychische klachten

Hulpmiddelen

- ☐ Gehoorapparaat
- ☐ Rolstoel
- ☐ Trachea canule
- ☐ Zuurstof
- ☐ Catheter
- ☐ Stoma
- ☐ Tillift

Medicatie

- ☐ Bloedverdunners
- ☐ Hartmedicatie onder de tong
- ☐ Insuline
- ☐ Bloeddrukverlagers

Bewaarplaats medicatie: _____