

## Aanmelding personenalarmering van Vérian

Aanmelding	
<input type="checkbox"/>	Normale plaatsing
<input type="checkbox"/>	Spoedplaatsing (binnen 2 werkdagen, deze gaan in als de aanvraag aan alle eisen voldoet)
Soort alarmopvolging	
<input type="checkbox"/>	Personenalarmering met minimaal 2 sleuteladressen. Dit kunnen kinderen/buren/kennissen/vrienden/familie zijn.
<input type="checkbox"/>	Personenalarmering met minimaal 2 contactpersonen i.c.m. Oproepbare Zorg van Vérian. <b>Dit is alleen mogelijk na een intake gesprek van de wijkverpleegkundige</b> U dient tevens het formulier "Aanmelding Veilige Toegang" in te vullen.
<input type="checkbox"/>	Personenalarmering met minimaal 2 contactpersonen i.c.m. Oproepbare Zorg van een andere zorgorganisatie. Zij dienen 24 uur bereikbaar te zijn.
Naam zorginstelling/organisatie:	
Op welke plaats dient zij gewaarschuwd te worden:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Telefoonnummer waar deze organisatie 24 uur per dag op te bereiken is:	
Persoonsgegevens (s.v.p. volledig invullen)	
Achternaam:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Voorletter(s):	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoon:	
Geboortedatum:	
Burgerservicenummer:	
E-mailadres:	
Bijzonderheden gezondheid:	
Andere inwonende	
Achternaam:	
Voorletter(s):	
Geboortedatum:	
Bijzonderheden gezondheid:	
Thuiszorg	
Ontvangt u thuiszorg?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, naam thuiszorg:	
Telefoonnummer van de thuiszorg:	

### Gegevens Contactpersonen

Er dienen minimaal 2 contactpersonen opgegeven te worden. Een sleuteladres/contactpersoon dient binnen 30 minuten aanwezig te zijn en heeft toegang tot uw woning/complex.

#### Contactpersoon 1

Naam:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoonnummer 1:	
Telefoonnummer 2:	
Relatie tot betrokkene:	
E-mailadres :	

#### Contactpersoon 2

Naam:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoonnummer 1:	
Telefoonnummer 2:	
Relatie tot betrokkene:	
E-mailadres:	

#### Contactpersoon 3

Naam:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoonnummer 1:	
Telefoonnummer 2:	
Relatie tot betrokkene:	
E-mailadres:	

#### Huisarts

Naam huisarts:	
Telefoonnummer:	
Telefoonnummer Huisartsenpost:	

#### Met wie kan de afspraak gemaakt worden

<input type="checkbox"/>	Met cliënt:	
<input type="checkbox"/>	Met contactpersoon:	
Telefoonnummer:		

#### Betaling abonnementskosten huur alarmtoestel

<input type="checkbox"/>	Standaardtarief	Het incasseren van het abonnementsgeld voor de huur van het alarmtoestel inclusief aansluiting op de Vérian Zorgcentrale.
--------------------------	-----------------	---

#### Extra opties

<input type="checkbox"/>	Huur 2e halszender	
--------------------------	--------------------	--

#### Akkoordverklaring

Door het invullen, ondertekenen en opsturen van de overeenkomst geef ik aan gebruik te willen maken van de Personenalarmering van Vérian. Door ondertekening verklaar ik de 'Voorwaarden Personenalarmering Vérian en Veilige Toegang' gelezen te hebben en hiermee akkoord te zijn.

Hierbij machtig ik Vérian Zorgcentrale BV tot doorlopende automatische incasso van de verschuldigde bedragen voor Personenalarmering van Vérian:

Betaalrekening (IBAN-nummer):	
Datum:	
Handtekening:	

**Kopie factuur**

Wij sturen standaard geen factuur. Indien u deze wel wenst te ontvangen, maak dan hieronder uw keuze.

Per e-mail	<input type="checkbox"/>	E-mailadres:
Per post	<input type="checkbox"/>	Hier wordt € 2,50 extra voor in rekening gebracht