

AANVRAAGFORMULIER MACHTIGING

Sta-op stoel

(in te vullen door de behandelend arts)

Delta Lloyd Zorgverzekering NV

ONDERDEEL

Zorgverzekeringen

1 GEGEVENS PATIËNT

Naam en voorletter(s)

Geboortedatum

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Relatienummer

man

vrouw

2 VERKLARING ARTS

a Wat is de medische indicatie voor het aanvragen van de sta-op stoel

b Welke functiestoornissen heeft verzekerde

c Kan verzekerde goed zitten in een stoel op adequate hoogte

ja nee, wat is hiervan de rede

d Het zelfstandig gaan zitten in een hoge stoel met armleuningen is

onmogelijk moeizaam mogelijk

e Het zelfstandig opstaan uit een hoge stoel met armleuningen is

onmogelijk moeizaam mogelijk

f Wat is de oorzaak als verzekerde niet zelfstandig kan opstaan uit een hoge stoel met armleuningen

te weinig kracht in de benen
 te weinig kracht in de armen
 rugklachten
 ouderdomsklachten
 anders nl.:

g Is verzekerde in bezit van een stoel op adequate hoogte (bv. een seniorenstoel) die is voorzien van armleuningen

nee ja

h Heeft verzekerde hulp van anderen nodig om op te kunnen staan van uit een stoel op adequate hoogte met armleuningen

nee ja

i Maakt verzekerde gebruik van hulpmiddelen om op te kunnen staan vanuit een stoel op adequate hoogte met armleuningen

nee ja, welke hulpmiddelen

j Is er sprake van een medische indicatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval

nee ja

Naam behandelend arts

Datum

Stempel/handtekening

Het volledig ingevulde formulier kunt u sturen naar:
Delta Lloyd Zorgverzekering NV
t.a.v. Team machtigingen & verhaalszaken
Postbus 29677, 2502 LR Den Haag
Onder vermelding van 'medisch geheim'