

Sehr geehrter Interessent unseres Notrufdienstes!

Sie möchten unseren Notrufdienst nutzen. Damit wir den Anschluss möglichst schnell und reibungslos für Sie vorbereiten können, beantworten Sie bitte folgende Fragen vollständig. Sollte doch noch etwas unklar sein, rufen Sie uns bitte an. Bitte in Druckschrift und Großbuchstaben ausfüllen.

Für wen ist der Notruf? (Ihre Daten)

Anrede	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnr.	
Stock, Whg.Nr	
PLZ/ Ort - OT	
Festnetz- nummer	
Mobilruf- nummer	
E-Mail-Adresse	
Krankenkasse mit Anschrift	
Versicherten- nummer	
Pflegegrad	
Mitgliedschaft mit Nummer	0 BRK Aschaffenburg 0 VdK

Mit welcher Art Telefonanschluss sind Sie versorgt?

0 Klassisch-analog 0 DSL-Router Standort in Wohnung _____
0 Funk-Festnetz (ohne Telefonkabel)

Mit welchem Telefonnetz-Anbieter arbeiten Sie?

0 Telekom 0 andere: _____

Welches Paket wünschen Sie gemäß Preisübersicht?

☐ Grundpaket

☐ Komfortpaket

☐ Kombinotruf

Benötigen Sie den kleinen Schlüsseltresor?

☐ Ja

☐ Nein

An wen können wir uns bei Fragen noch wenden?

Name	
Straße	
PLZ/ Ort	
Telefon	
E-Mail-Adresse	

Daten Zahlungspflichtiger (Bitte alles ausfüllen)

Name / Vorname	
Straße	
PLZ/ Ort	
Name Bank	
IBAN	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Daten Bezugspersonen

1.

Name	Vorname
Straße / Hausnummer	PLZ / Ort
Festnetznummer	Mobilnummer
E-Mail	Bezug (z.B. Tochter, Nachbar...)
Verfügbar für Hausnotruf-Einsätze ☐ Ja ☐ Nein	Schlüssel für Wohnung ☐ Ja ☐ Nein
Auskunftsberechtigt ☐ Ja ☐ Nein	Info nach Hausnotruf Einsatz ☐ Ja ☐ Nein

2.

Name	Vorname
Straße / Hausnummer	PLZ / Ort
Festnetznummer	Mobilnummer
E-Mail	Bezug (z.B. Tochter, Nachbar...)
Verfügbar für Hausnotruf-Einsätze ☐ Ja ☐ Nein	Schlüssel für Wohnung ☐ Ja ☐ Nein
Auskunftsberechtigt ☐ Ja ☐ Nein	Info nach Hausnotruf Einsatz ☐ Ja ☐ Nein

3.

Name	Vorname
Straße / Hausnummer	PLZ / Ort
Festnetznummer	Mobilnummer
E-Mail	Bezug (z.B. Tochter, Nachbar...)
Verfügbar für Hausnotruf-Einsätze ☐ Ja ☐ Nein	Schlüssel für Wohnung ☐ Ja ☐ Nein
Auskunftsberechtigt ☐ Ja ☐ Nein	Info nach Hausnotruf Einsatz ☐ Ja ☐ Nein

4.

Name	Vorname
Straße / Hausnummer	PLZ / Ort
Festnetznummer	Mobilnummer
E-Mail	Bezug (z.B. Tochter, Nachbar...)
Verfügbar für Hausnotruf-Einsätze ☐ Ja ☐ Nein	Schlüssel für Wohnung ☐ Ja ☐ Nein
Auskunftsberechtigt ☐ Ja ☐ Nein	Info nach Hausnotruf Einsatz ☐ Ja ☐ Nein

Pflegedienst

Name	Vorname
Straße / Hausnummer	PLZ / Ort
Festnetznummer	Mobilnummer

Hausarzt

Name	Vorname
Straße / Hausnummer	PLZ / Ort
Festnetznummer	Mobilnummer

Medizinische Information

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Herzinfarkt | ☐ |
| Gehbehinderung | ☐ |
| Herzprobleme | ☐ |
| Blutverdünner | ☐ |
| Asthma | ☐ |
| chronische Bronchitis | ☐ |
| Arthrose | ☐ |
| Osteoporose | ☐ |
| Schlaganfall | ☐ |
| Krebs | ☐ |
| sieht sehr schlecht | ☐ |
| Diabetes | ☐ |
| schwerhörig | ☐ |
| stumm | ☐ |
| schwergewichtig | ☐ |
| Demenz | ☐ |

Medikamentenplan ☐ ja ☐ nein

Ort des Medikamentenplans:

Patientenverfügung ☐ ja ☐ nein

Ort der Patientenverfügung:

weitere Ergänzungen z.B.-Unverträglichkeiten
oder Allergien:

Sonstige Anmerkungen und Besonderheiten:

Datum: _____

Auftraggeber

Name Vorname: _____