



**Bayerische
Rotes
Kreuz**

**Kreisverband Bamberg
Hausnotruf und Mobilruf
Aufnahmebogen**

BRK-Kreisverband Bamberg
Hainstraße 19; 96047 Bamberg
E-Mail: hnr@kvbamberg.brk.de
Tel.: 0951/98189-13
FAX: 0951/98189-20

Wird vom BRK eingetragen		Vorgespräch am:		Aufstellung am:		GeräteID: N-_____		<input type="checkbox"/> Basispaket <input type="checkbox"/> HNR-Paket <input type="checkbox"/> Komplettpaket	
Kunde: <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Ehepaar		Titel: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsdatum: _____		Tagestaste: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> BRK-Mitglied: _____ <input type="checkbox"/> VDK-Mitglied: _____		<input type="checkbox"/> Hausnotruf <input type="checkbox"/> Mobilruf	
Name, Vorname: _____									
Straße / Hs. Nr.: _____						Stockwerk: _____		<input type="checkbox"/> EFH <input type="checkbox"/> MFH <input type="checkbox"/> BeWo	
PLZ / Ort-Ortsteil: _____						Weitere Person im Haushalt: <input type="checkbox"/> Ja _____ <input type="checkbox"/> Nein			
Telefon Festnetz: _____			Telefonanbieter Festnetz: _____			Telefon Mobil: _____			
<input type="checkbox"/> Analoger Festnetzanschluss Telefon: _____ Steckdose vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kabel- / Internetanschluss						Hausarzt (Name & Tel.-Nummer): _____ _____			
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt									
Kranken-/Pflegekasse: _____						Versicherungsnummer: _____			
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat									
Krankheitsstatus: <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Gehbehinderung <input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> RR ↑ <input type="checkbox"/> RR ↓ <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Z. n. Apoplex <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Demenz									
andere: _____									
Allergien: _____									
Medikamente: <input type="checkbox"/> MARCUMAR <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Metformin <input type="checkbox"/> Bisoprolol <input type="checkbox"/> Simvastatin									
andere: _____									
Sonstiges: _____									

Schlüsselhinterlegung:
 Schlüsseltresor vor Ort Bamberg Hallstadt Scheßlitz Burgebrach

Bezugspersonen

(Die Bezugspersonen werden in der aufgeführten Reihenfolge alarmiert)

1. Bezugsperson: _____

Beziehung zum Kunden: _____

Anschrift: _____

Schlüssel: Ja Nein Anfahrtszeit: _____ Min.

Nachts anrufen: Ja Nein

Telefon privat:
Telefon dienstlich:
Telefon mobil:

2. Bezugsperson: _____

Beziehung zum Kunden: _____

Anschrift: _____

Schlüssel: Ja Nein Anfahrtszeit: _____ Min.

Nachts anrufen: Ja Nein

Telefon privat:
Telefon dienstlich:
Telefon mobil:

3. Bezugsperson: _____

Beziehung zum Kunden: _____

Anschrift: _____

Schlüssel: Ja Nein Anfahrtszeit: _____ Min.

Nachts anrufen: Ja Nein

Telefon privat:
Telefon dienstlich:
Telefon mobil:

Pflegedienst: Ja Nein Wenn ja, welcher: _____

Wie oft am Tag: 1x 2x 3x 1x wöchentl. andere: _____

Telefonnummern: _____

Andere wichtige Informationen: _____

Datum/Unterschrift Teilnehmer / Bevollmächtigter: _____

aufmerksam durch: BRK Bekannte Angehörige Pflegedienst Krankenhaus
 Internet Werbung (TV / Radio / Zeitung)