



**Bayerische
Rotes
Kreuz**

Kreisverband Bamberg
Hausnotruf und Mobilruf
Aufnahmebogen

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

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| Wird vom BRK eingetragen | Vorgespräch am: | Aufstellung am: | GeräteID: N- | Seriennummer Gerät: |
| 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 _____ |
| 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: | Telefon Mobil: | | | |
| Typ | <input type="checkbox"/> Analoger Festnetzanschluss | <input type="checkbox"/> 3-fach Anschluss: | Stromsteckdose vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Telefon | <input type="checkbox"/> Kabel- / Internetanschluss | | Telefonanbieter: _____ | |
| Kranken- /Pflegekasse: _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Beihilfeanspruch | | Hausarzt: _____ | | |
| 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 | | Telefon: _____ | | |
| 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: _____ | | | | |
| 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: _____ (z.B Allergien) | | | | |

Schlüsselhinterlegung:
 Schlüsseltresor vor Ort Bamberg Hallstadt Scheßlitz Burgebrach

Bezugspersonen

(Die Bezugspersonen werden in der aufgeführten Reihenfolge alarmiert)

1. Bezugsperson: _____

 Tochter/Sohn sonstige Verwandte Nachbar sonstiger Kontakt

Anschrift: _____

Schlüssel: Ja Nein Anfahrtszeit: _____ Min.

Nachts anrufen: Ja Nein

| |
|---------------------|
| Telefon privat: |
| Telefon dienstlich: |
| Telefon mobil: |

2. Bezugsperson: _____

 Tochter/Sohn sonstige Verwandte Nachbar sonstiger Kontakt

Anschrift: _____

Schlüssel: Ja Nein Anfahrtszeit: _____ Min.

Nachts anrufen: Ja Nein

| |
|---------------------|
| Telefon privat: |
| Telefon dienstlich: |
| Telefon mobil: |

3. Bezugsperson: _____

 Tochter/Sohn sonstige Verwandte Nachbar sonstiger Kontakt

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