



<b>Wird vom BRK eingetragen</b>		<b>Vorgespräch am:</b>		<b>Aufstellung am:</b>		<b>GeräteID:</b> N-_____		<input type="checkbox"/> Basispaket <input type="checkbox"/> HNR-Paket <input type="checkbox"/> Komplettpaket		
<b>Kunde:</b> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Ehepaar		<b>Titel:</b> _____ <b>Geburtsdatum:</b> _____ <b>Geburtsdatum:</b> _____	<b>Tagestaste:</b> <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: _____						<b>Weitere Person im Haushalt:</b> <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: _____										



**Schlüssel hinterlegung:**

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)