



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: _____	
Pflegekasse: _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Beihilfeanspruch 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			Hausarzt: _____ Telefon: _____	
Krankheitsstatus: <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Gehbehinderung <input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> Sprachstörung <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)				

 Bayerische Rotes Kreuz	Kreisverband Bamberg Hausnotruf und Mobilruf	Aufnahmebogen (Antrag zur Teilnahme am Hausnotruf)
--	---	---

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