



**Teilnehmerdaten:**

TN.-Nr.: \_\_\_\_\_

(wird vom BRK zugeteilt)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankheiten: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Telefonnetzanbieter: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Schlüssel: ja: \_\_\_\_\_ nein: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Bezugspersonen (Notfallplan):**

(mit Schlüssel für die Wohnung; die Bezugspersonen werden nach der aufgeführten Reihenfolge alarmiert)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Sozialstation:**

Telefon: \_\_\_\_\_

**Sonstiges:**

Einverständnis für die Teilnahme am Hausnotrufdienst

**Bayerisches Rotes Kreuz**

Kreisverband Bamberg

Hainstraße 19

96047 Bamberg

Tel.: 0951/98189-0

Fax: 0951/98189-20

info@kvbamberg.brk.de

Ort, Datum: .....

.....  
Unterschrift des TN oder seines gesetzlichen Vertreters