

Hilft, wo Ihr Zuhause ist.

Datenerfassungsbogen Hausnotrufdienst

DRK Kreisverband Cochem - Zell
 Jean-Pastor-Str.1 56812 Cochem
 Tel.: 02671 / 91 41 134 Fax: 02671 / 91 41 19 34
 Hausnotruf@kvcoc-drk.de



Persönliche Angaben / Teilnehmer [TN1]:

Name: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ PLZ / Ort: _____
 Etage: _____ Wohn Nr.: _____ Geburtsdatum: _____
 Telefon: _____ Mobilnummer: _____
 E-Mail / Fax: _____ Telefonanbieter: _____
 Einfamilienhaus Wohnung Betreute Wohnanlage (zutreffendes bitte ankreuzen)

Weitere im Haushalt lebende Personen / 2. Teilnehmer [TN2]:

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Krankenkasse/Pflegekasse TN1:

Name: _____
 Versicherungsnummer: _____

(Wichtig, bitte unbedingt angeben!)

. Pflegegrad

beantragt
 1 2 3 4 5 6
 Ohne

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Krankenkasse/Pflegekasse TN2:

Name: _____
 Versicherungsnummer: _____

. Pflegegrad

beantragt
 1 2 3 4 5 6
 Ohne

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Krankheiten / Indikationen / Allergien:

Wichtige Medikamente (zutreffendes bitte ankreuzen): TN 1 = 1. Teilnehmer / TN 2 = weitere (2.) Teilnehmer

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TN 1 <input type="checkbox"/> TN 2 Blutverdünner | <input type="checkbox"/> TN 1 <input type="checkbox"/> TN 2 Starke Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> TN 1 <input type="checkbox"/> TN 2 Beruhigungsmittel | <input type="checkbox"/> TN 1 <input type="checkbox"/> TN 2 Blutdrucksenker | <input type="checkbox"/> TN 1 <input type="checkbox"/> TN 2 Blutzucker-senkende Medikamente |
| <input type="checkbox"/> TN 1 <input type="checkbox"/> TN 2 Antiarrhythmika (Herzrhythmus-störungen) | <input type="checkbox"/> TN 1 <input type="checkbox"/> TN 2 Bronchien-erweiternd (Asthmatiker) | <input type="checkbox"/> TN 1 <input type="checkbox"/> TN 2 Neuroleptika (Krampfanfälle) | <input type="checkbox"/> TN 1 <input type="checkbox"/> TN 2 Medikamenten Unverträglichkeiten (Unter Besondere Hinweis eintragen) | |

Datenerfassungsbogen Hausnotrufdienst

Seite 2 von 3

Name: _____ Vorname: _____

Besondere Hinweise (Anfahrt / Medikamente-Unverträglichkeiten etc.):

Kontaktpersonen (möglichst mit Verwandtschaftsgrad und sie sollten im gleichen Ort leben)

1. Kontaktperson: Kontakttyp (z.B. Sohn/Tochter etc.): _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

In der Nacht verständigen Schlüssel vorhanden (zutreffendes bitte ankreuzen)

2. Kontaktperson: Kontakttyp (z.B. Sohn/Tochter etc.): _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

In der Nacht verständigen Schlüssel vorhanden (zutreffendes bitte ankreuzen)

3. Kontaktperson: Kontakttyp (z.B. Sohn/Tochter etc.): _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

In der Nacht verständigen Schlüssel vorhanden (zutreffendes bitte ankreuzen)

4. Kontaktperson: Kontakttyp (z.B. Sohn/Tochter etc.): _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

In der Nacht verständigen Schlüssel vorhanden (zutreffendes bitte ankreuzen)

