

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 <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Ohne (zutreffendes bitte ankreuzen)
--	---

Krankenkasse/Pflegekasse TN2: Name: _____ Versicherungsnummer: _____	Pflegegrad <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Ohne (zutreffendes bitte ankreuzen)
---	--

Krankheiten / Indikationen / Allergien:

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

