

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: \_\_\_\_\_

<b>Krankenkasse/Pflegekasse TN1:</b> Name: _____ Versicherungsnummer: _____ (Wichtig, bitte unbedingt angeben!)	<b>Pflegegrad</b> <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)
--	---

<b>Krankenkasse/Pflegekasse TN2:</b> Name: _____ Versicherungsnummer: _____	<b>Pflegegrad</b> <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):    *TN 1 = 1. Teilnehmer / TN 2 = weitere (2.) Teilnehmer*

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

# Datenerfassungsbogen Hausnotrufdienst

Seite 3 von 3

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

## Hausarzt / Facharzt:

Name / Adresse: \_\_\_\_\_

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

## Sozialstation / Pflegedienst:

Name / Adresse: \_\_\_\_\_

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

## Bankverbindung :

Name der Bank: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

### IBAN

D	E																				
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### BIC (8 oder 11 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Ich beabsichtige, zusätzlich zum Basispaket den Anschluss eines:

**Basispaket**

Hier ist eine Kostenübernahme durch die Pflegekasse möglich

**Komfort-Paket**

Hinterlegung Ihrer Wohnungsschlüssel, Einsatzdienste...

**GSM-Paket** (inkl. SIM Karte)

Möglichkeit der Nutzung auch ohne Festnetzanschluss, erhöhte Sicherheit durch optimierte Erreichbarkeit

**CARU Basis**

GSM mit Basispaket ohne Schlüsselhinterlegung

**CARU Komfort**

mit Schlüsselhinterlegung und erw. Dienste

**DRK-Watch**

(inkl. SIM Karte) Möglichkeit der Nutzung auch unterwegs. (inkl. GPS-Tracking)

**EasierLife Home&Go**

mit Schlüsselhinterlegung inkl. GPS-Tracking

## Ich versichere die Richtigkeit der Daten.

Alle genannten Kontaktpersonen wurden informiert über die Aufnahme Ihrer persönlichen Daten, sowie über die Bedeutung der Aufnahme in die Datenbank der DRK Hausnotrufzentrale. Ich verpflichte mich, Änderungen (wesentliche Änderungen des Gesundheitszustandes, Wegfall oder Änderung bei den Kontaktpersonen, Fernsprechanschluss gekündigt oder gesperrt) unverzüglich dem Vermieter mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer (gesetzlicher Vertreter)

## Notizen / Hinweise: