

**Bestellen eines Hausnotrufgerätes:**

Installationsdatum: ..... Uhrzeit: .....

Name des Teilnehmers: .....

Geb.: Datum .....

Straße: ..... Etage:.....

PLZ Wohnort: .....

Tel.: Nr. .... E-Mail:.....

Tagestaste:            Ja                            Nein

Pflegegrad: .....

Krankenkasse: .....

Vers.Nr.: .....

Körperl. Einschränkungen: .....



**Medi:**Blutverdünner    Schmerzmittel    Blutdrucksenker    Beruhigungsmittel    Unverträglichkeit  
 Herzrhythmusstörung    Asthmatiker    Krampfanfälle    Blutzuckersenker

**BZP:** Sohn    Tochter    Bruder    Schwester    Enkel(in)    Betreuer    Nachbar    Bekannter

Name: .....Name:.....

Straße: .....Straße:.....

PLZ Wohnort: .....PLZ Wohnort:.....

Tel.: Nr 1.: .....Tel.: Nr 1.....

Tel.: Nr 2.: .....Tel.: Nr 2.....

Schlüssel vorhanden: ..... Schl. Vorhanden:.....

Nachts verfügbar: .....Nachts verfügbar:.....

E-Mail: .....E-Mail:

**Pflegedienst:** .....

**Hausarzt:** .....

Straße: .....

PLZ Wohnort: .....

Tel.: Nr.: