

Hilft, wo Ihr Zuhause ist.

# Datenerfassungsbogen Hausnotrufdienst

DRK Kreisverband Cochem - Zell  
 Ravenestraße 15 56812 Cochem  
 Tel.: 02671 / 91 41 134 Fax: 02671 / 91 41 19 34  
 Hausnotruf@kv-cochem-zell.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:

Name: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
 (Wichtig, bitte unbedingt angeben!)

## 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)	

Die Angaben werden mittels EDV erfasst, gespeichert und verarbeitet (Hinweis nach DSGVO)

# 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)

