

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@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: _____

<p>Krankenkasse/Pflegekasse TN1:</p> <p>Name: _____ Versicherungsnummer: _____</p> <p style="text-align: center;"><small>(Wichtig, bitte unbedingt angeben!)</small></p>	<p>. Pflegegrad</p> <p><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</p> <p style="text-align: center;"><small>(zutreffendes bitte ankreuzen)</small></p>
--	---

<p>Krankenkasse/Pflegekasse TN2:</p> <p>Name: _____ Versicherungsnummer: _____</p>	<p>. Pflegegrad</p> <p><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</p> <p style="text-align: center;"><small>(zutreffendes bitte ankreuzen)</small></p>
--	---

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 <small>(Herzrhythmusstörungen)</small>	Bronchien-erweiternd <small>(Asthmatiker)</small>	Neuroleptika <small>(Krampfanfälle)</small>	Medikamenten Unverträglichkeiten <small>(Unter Besondere Hinweis eintragen)</small>	

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)

