

Hausnotruf - Datenerfassung

(Bitte alles in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Daten des Teilnehmers	
Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ / Ort	
Stockwerk	
Wohnungsnummer	
Telefon Festnetz	
Mobilnummer	
Alleinlebend	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Intern für die GenoVital Betreuung UG	Seriennummer HNR-Gerät: _____ Seriennummer HNR-Sender: _____

Notrufverfolgungsliste / Kontaktpersonen

(Im Notfall werden die nachfolgenden Kontaktpersonen bei Bedarf in **exakt** der notierten Reihenfolge kontaktiert)

Kontakt 1 - Dieser Kontakt wird zuerst benachrichtigt und muss in unmittelbarer Nähe wohnen

Vorname, Nachname	
Verhältnis zum Teilnehmer	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon privat	
Telefon dienstlich	
Mobilnummer	
Hinweis: Die telefonische Erreichbarkeit muss Tag und Nacht gewährleistet sein. Im Urlaubsfall ist ein Stellvertreter erreichbar.	
Schlüssel	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Kontakt 2 - Dieser Kontakt muss in unmittelbarer Nähe wohnen

Vorname, Nachname	
Verhältnis zum Teilnehmer	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon privat	
Telefon dienstlich	
Mobilnummer	
Hinweis: Die telefonische Erreichbarkeit muss Tag und Nacht gewährleistet sein. Im Urlaubsfall ist ein Stellvertreter erreichbar.	
Schlüssel	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Kontakt 3

Vorname, Nachname	
Verhältnis zum Teilnehmer	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon privat	
Telefon dienstlich	
Mobilnummer	
Verständigung nachts	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja bis Uhr
Schlüssel	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Hausarzt / Behand. Arzt

Vorname, Nachname	
Fachrichtung	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon Praxis, evtl. Mobilnummer	
Hausbesuche möglich	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Die nachfolgenden Informationen sind freiwillig. Bitte bedenken Sie aber - je mehr die Hausnotrufzentrale von Ihren Teilnehmern weiß, **desto gezielter** kann im **Notfall** reagiert werden.

Weitere wichtige Informationen	
Info 1	Bekannte Diagnosen
Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Herz-Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - zuletzt am _____ (Bitte Datum eintragen)
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - zuletzt am _____ (Bitte Datum eintragen)
Sturzgefahr / Schwindel	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Gehbehinderung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Allergien	
Weiteres	
Info 2	lebenswichtige Medikamente <input type="checkbox"/> Siehe Medikamentenplan

Bitte denken Sie daran, die Hausnotrufzentrale über Änderungen zu Info 1–2 zeitnah auf dem Laufenden zu halten.

Schlüssel hinterlegung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei (Ort, Name, Tel.)
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:

Daten erfasst durch:

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer
