

# Aufnahme Hausnotrufteilnehmer

Welches Paket wollen Sie nutzen?

- Basispaket
- Komfortpaket mit Schlüsselhinterlegung
- Komfortpaket mit Schlüssel und Tagestaste

## Kundendaten

---

**Anrede**

**Titel**

- Frau    Herr    Ehepaar

**Name**

Vorname

Nachname

**Geburtsdatum**

**E-Mail-Adresse**

**Mitgliedschaft**

Sind Sie Mitglied im Bayerischen Roten Kreuz, dem VDK oder Siedler?

**Mitgliedsnummer BRK**

**Mitgliedsnummer VDK**

**Mitgliedsnummer Siedler**

**Telefon:**

---

**Telefon Festnetz**

**Telefon Mobil**

**Telefonanbieter**

# Anschrift & Wohnform

---

## Anschrift

Anschrift (Straße, Hausnummer)

Anschrift Zusatz

Ort/ Ortsteil

PLZ

## Wegbeschreibung oder Ähnliches

## Stockwerk

Im Welchem Stockwerk wohnen Sie?

## Wohnform

Wählen Sie einen Eintrag aus.

## Weitere Person(en) im Haushalt?

- Ja  
 Nein

## Wie viele weitere Personen leben im Haushalt?

# Pflegekasse & Hausarzt:

---

## Wie sind Sie versichert?

- gesetzlich  
 privat  
 Beihilfeanspruch

### Pflegekasse

Bei welcher Krankenkasse sind Sie Mitglied?

### Besitzen Sie einen Pflegegrad

Oder haben Sie diesen beantragt?

- 1  2  3  4  5  Nein  beantragt

### Name Ihres Hausarztes

### Telefon Ihres Hausarztes

## Gesundheitsstatus & Medikamente

---

### Gesundheitsstatus

Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen?

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Sehstörung      | <input type="radio"/> Blutdruck - hoch     | <input type="radio"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="radio"/> Gehbehinderung  | <input type="radio"/> Blutdruck - niedrig  | <input type="radio"/> Arthrose         |
| <input type="radio"/> Schwerhörigkeit | <input type="radio"/> Diabetes             | <input type="radio"/> Osteoporose      |
| <input type="radio"/> Sprachstörung   | <input type="radio"/> Zustand nach Apoplex | <input type="radio"/> Demenz           |

### Anderen Gesundheitsstatus

### Medikamente

Nehmen Sie Medikamente?

- |                                |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> MARCUMAR | <input type="radio"/> Metformin   |
| <input type="radio"/> ASS      | <input type="radio"/> Bisoprolol  |
| <input type="radio"/> Insulin  | <input type="radio"/> Simvastatin |

### Andere Medikamente

### Sonstiges (z.B. Allergien, etc.)

# Bezugspersonen

Bitte geben Sie mindestens eine Bezugsperson an, die wir im Notfall verständigen können.

Die Bezugspersonen werden in der aufgeführten Reihenfolge alarmiert.

---

## Bezugsperson 1

Vorname

Nachname

## Verhältnisgrad

- Tochter/Sohn       Sonstige Verwandte       Nachbar       Sonstiger Kontakt

## Anschrift Bezugsperson 1

Anschrift (Straße, Hausnummer)

Anschrift Zusatz

Ort/ Ortsteil

PLZ

## Anfahrtszeit in Minuten

Wie schnell kann Ihre Bezugsperson bei Ihnen vor Ort sein?

## Schlüssel

Besitzt Ihre Bezugsperson einen Schlüssel zur Wohnung?

- Ja  
 Nein

## Telefon privat

## Telefon dienstlich

## Telefon Mobil

Geben Sie hier die Telefonnummern der Bezugsperson 1 an.

## Nachts anrufen

Dürfen wir Ihre Bezugsperson auch nachts anrufen?

- Ja  
 Nein

# Weitere Bezugspersonen?

---

## Bezugsperson 2

Vorname

Nachname

## Verhältnisgrad

- Tochter/Sohn       Sonstige Verwandte       Nachbar       Sonstiger Kontakt

## Anschrift Bezugsperson 2

Anschrift (Straße, Hausnummer)

Anschrift Zusatz

Ort/ Ortsteil

PLZ

## Anfahrtszeit in Minuten

Wie schnell kann Ihre Bezugsperson bei Ihnen vor Ort sein?

## Schlüssel

Besitzt Ihre Bezugsperson einen Schlüssel zur Wohnung?

- Ja  
 Nein

## Telefon privat

## Telefon dienstlich

## Telefon Mobil

Geben Sie hier die Telefonnummern der Bezugsperson 2 an.

## Nachts anrufen

Dürfen wir Ihre Bezugsperson auch nachts anrufen?

- Ja  
 Nein

### Bezugsperson 3

Vorname

Nachname

### Verhältnisgrad

- Tochter/Sohn       Sonstige Verwandte       Nachbar       Sonstiger Kontakt

### Anschrift Bezugsperson 3

Anschrift (Straße, Hausnummer)

Anschrift Zusatz

Ort/ Ortsteil

PLZ

### Anfahrtszeit in Minuten

Wie schnell kann Ihre Bezugsperson bei Ihnen vor Ort sein?

### Schlüssel

Besitzt Ihre Bezugsperson einen Schlüssel zur Wohnung?

- Ja  
 Nein

### Telefon privat

### Telefon dienstlich

### Telefon Mobil

Geben Sie hier die Telefonnummern der Bezugsperson 3 an.

### Nachts anrufen

Dürfen wir Ihre Bezugsperson auch nachts anrufen?

- Ja  
 Nein

# Pflegedienst

---

**Erhalten Sie Besuch von einem Pflegedienst?**

- Ja  
 Nein

**Wie heißt der Pflegedienst**

**Telefonnummer Pflegedienst**

**Wie oft besucht Sie der Pflegedienst?**

- 1x am Tag       2x am Tag       3x am Tag       1x wöchentlich

**Anderer Besuchrythmus des Pflegedienstes**

**Haben Sie Fragen?**

**Kontakt**

Bayerisches Rotes Kreuz  
Kreisverband Bayreuth  
Hindenburgstr. 10  
95445 Bayreuth

Benjamin Eltschkner  
+49 921 403 – 444  
benjamin.eltschkner@brk-bayreuth.de  
www.brk-bayreuth.de

**Online haben Sie auch die Möglichkeit das Formular digital auszufüllen.**