

1 · Persönliche Daten des Teilnehmers

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Telefonnummer
PLZ, Wohnort	Etage / Stockwerk
E-Mail-Adresse	

2 · Installationstermin & Vertragsdaten

Wunsch-Installationsdatum	Uhrzeit	Pflegegrad
Krankenkasse	Versicherungs-Nr.	Tagestaste, tägl. Meldung
		☐ ja ☐ nein
☐ Schlüssel hinterlegung beim DRK erwünscht		

3 · Gesundheitliche Angaben

Medikamente ☐ Blutverdünner ☐ Schmerzmittel ☐ Blutdrucksenker ☐ Blutzuckersenkter	☐ Beruhigungsmittel ☐ Herzrhythmusstörung ☐ Asthmatiker ☐ Krampfanfälle
Unverträglichkeiten 	
Körperliche Einschränkungen / Vorerkrankungen 	

4 · Bezugspersonen

Bezugsperson 1 ☐ Sohn ☐ Tochter ☐ Betreuer ☐ sonst. Name: Straße: PLZ, Wohnort: Telefon: E-Mail: ☐ Schlüssel vorhanden ☐ Nachts verfügbar	Bezugsperson 2 ☐ Sohn ☐ Tochter ☐ Betreuer ☐ sonst. Name: Straße: PLZ, Wohnort: Telefon: E-Mail: ☐ Schlüssel vorhanden ☐ Nachts verfügbar
---	---

5 · Hausarzt & Pflegedienst

Hausarzt Adresse: Telefon:	Pflegedienst
---	---

6 · Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung von Freunden/Familie ☐ Bestehender Kunde ☐ Online-Werbung ☐ Flyer-Werbung	Sonstiges:
---	---