

Ausgabedatum:	Bearbeiter / Techniker:
---------------	-------------------------

ID:
-----

**Teilnehmer**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:		Telefon:

**Bezugspersonen**

Name:	Vorname:	Telefon:
Anschrift:		Handy:
		Schlüssel

Name:	Vorname:	Telefon:
Anschrift:		Handy:
		Schlüssel

Name:	Vorname:	Telefon:
Anschrift:		Handy:
		Schlüssel

**Hausarzt**

Name:	Vorname:	Telefon:
Anschrift:		Handy:

**Krankheiten und Medikamente**

Krankheiten:	Medikamente:
--------------	--------------

**Kostenträger / Pflegekasse**

Krankenkasse:	KV-Nummer:	Pflegestufe:
---------------	------------	--------------

**Schlüssel hinterlegt**

Rettungswache:	Telefon:	2. Schlüssel ist in DRK-Geschäftsstelle Alsfeld hinterlegt.
----------------	----------	---

Name (Teilnehmer):	Vorname (Teilnehmer):
--------------------	-----------------------

ID:
-----

### Angehörige, die im Notfall benachrichtigt werden sollen

Name:	Vorname:	Telefon:
Anschrift:		Handy:

Name:	Vorname:	Telefon:
Anschrift:		Handy:

### Geräte- und Anbieterdaten

Aktivitätsintervall: <input type="checkbox"/> 24 Std. <input type="checkbox"/> _____ Std. <input type="checkbox"/> AUS	Geräte-Nr.:	Geräte-Typ:	Geräte-Datum:
Netzanbieter: <input type="checkbox"/> Telekom <input type="checkbox"/> _____	1. Funkfinger-Nr.:	1. Funkfinger-Typ:	1. Funkfinger-Datum:
Besonderheiten vor Ort:	2. Funkfinger-Nr.:	2. Funkfinger-Typ:	2. Funkfinger-Datum:

### Datenschutzhinweise

Die angegebenen Daten werden unter Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes in der Hausnotrufzentrale gespeichert. Sie sind nur befugten Personen zugänglich und dienen ausschließlich dem Zweck der Hilfeleistung. Nach Abmeldung vom Hausnotruf-System werden die Daten gelöscht.

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

### Sonstiges / Bemerkungen / Ergänzungen

Rückgabedatum:	Grund:
Bemerkungen / Ergänzungen:	
Patientenverfügung hinterlegt bei:	