

## Um wessen Sicherheit geht es?

Geräte-ID:

Frau  
 Herr

Nachname, Vorname      Telefonnummer

-

PLZ      Ort      Stadtteil      Straße      Nr.

Etage / Whg.-Nr.      Mitbewohner/Haustiere      Familienstand      Geburtsdatum      Kranken- /Pflegekasse      Pflegegrad

Beihilfeberechtigung       Patientenverfügung vorhanden

## Rettungsdienste / Ärzte

Rettungsleitstelle (nicht 112)      Ärztlicher Notdienst      Name Hausarzt      Telefon Hausarzt

## Krankheitsbild

<p><b>Krankheiten</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle  <input type="checkbox"/> Asthma  <input type="checkbox"/> Bluthochdruck  <input type="checkbox"/> Diabetes  <input type="checkbox"/> Herz/Kreislaufleiden  <input type="checkbox"/> Z. n. Herzinfarkt  <input type="checkbox"/> Z. n. Schlaganfall  <input type="checkbox"/> Sprachstörungen  <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz                 </p> <p> <input type="checkbox"/> Ich/ der Nutzer möchte keine Angaben zum Krankheitsbild machen.                 </p>	<p> <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher  <input type="checkbox"/> Stoma  <input type="checkbox"/> Katheter  <input type="checkbox"/> MS  <input type="checkbox"/> Parkinson  <input type="checkbox"/> Demenz  <input type="checkbox"/> Amputationen (s. Notizen)  <input type="checkbox"/> Künstl. Gelenke (s. Notizen)                 </p>	<p><b>Wichtige Medikamente</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Marcumar  <input type="checkbox"/> Blutverdünner  <input type="checkbox"/> Insulin  <input type="checkbox"/> Sonstiges (s. Notizen)                 </p> <p><b>Sonstiges</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Tragehilfe erforderlich                 </p>	<p><b>Notizen</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
	<p><b>Lagerort der Medikamente</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<p><b>Lagerort der Medikamentenpläne</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<p><b>Lagerort der Patientenverfügung</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

## Pflegedienste

Ja  
 Name des Pflegedienstes      Telefon Büro      24h Rufbereitschaft       Nein

Schlüssel hinterlegt

Dieser Pflegedienst leistet Bereitschaftsdienst -> In diesem Fall unbedingt bei Bezugspersonen einreihen!

## Bezugspersonen

<p>Nachname:</p> <p>Vorname:</p> <p>Verhältnis:</p> <p>Kategorie:</p> <p>Wegzeit:</p> <p>Erreichbarkeit:</p> <p>1. Telefonnr.:</p> <p>2. Telefonnr.:</p> <p>Handynummer:</p>	<p style="text-align: center;"><b>Bezugsperson 1</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p> <input type="checkbox"/> Aktiver Helfer      <input type="checkbox"/> Infos bei  <input type="checkbox"/> mit Schlüssel      Krankenhaus                 </p> <p>_____ Min.</p> <p>bis _____ Uhr</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Bezugsperson 2</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p> <input type="checkbox"/> Aktiver Helfer      <input type="checkbox"/> Infos bei  <input type="checkbox"/> mit Schlüssel      Krankenhaus                 </p> <p>_____ Min.</p> <p>bis _____ Uhr</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Bezugsperson 3</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p> <input type="checkbox"/> Aktiver Helfer      <input type="checkbox"/> Infos bei  <input type="checkbox"/> mit Schlüssel      Krankenhaus                 </p> <p>_____ Min.</p> <p>bis _____ Uhr</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Bezugsperson 4</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p> <input type="checkbox"/> Aktiver Helfer      <input type="checkbox"/> Infos bei  <input type="checkbox"/> mit Schlüssel      Krankenhaus                 </p> <p>_____ Min.</p> <p>bis _____ Uhr</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--	--	--	--

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben richtig und vollständig sind und alle von mir benannten Bezugspersonen darüber in Kenntnis gesetzt sind, dass sie im Notrufablaufplan einbezogen sind.

Ort      Datum      Unterschrift Kunde (bzw. Berechtigter)

## Gerätedaten - von easierLife ausgefüllt

<input type="text" value="easierLife HOME Mini"/>	<input type="text"/>
Gerätetyp	Seriennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clip (ohne Trennzeich - bei Telefon Gerät eintragen)	Geräte-ID (ohne Offset)
Nutzung Tagestaste: <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein	

## Sonstige Angaben - von easierLife ausgefüllt

<input type="text"/>	
<b>Notizen</b>	
Anmeldung / Austausch gültig ab:	<input type="text"/>
Geräteaustausch:	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Alte Geräte-ID	<input type="text"/>