

# Hausnotruf - Datenblatt



Bitte gut leserlich ausfüllen und umgehend an VHN senden!

per E-Mail:

daten@hausnotruf-chemnitz.de

per Fax:

0371-90993-995

Neuaufschaltung: <input type="checkbox"/>		Änderungsmitteilung: <input type="checkbox"/>		
Vermittler / Auftraggeber: ..... <b>Kreis-Nr.:</b>		<input type="checkbox"/> Gerät bereits vorhanden/bestellt		Kundennummer (wird von VHN ausgefüllt)
		<input type="checkbox"/> Bitte senden Sie ein Gerät an: .....		
		<input type="checkbox"/> Bitte senden Sie den dazugehörigen Handsender anstelle des standardmäßigen Armbandes als Halsband!		
<b>Teilnehmer</b>				
Nachname			Telefon	
Vorname			geboren am	
Vorname Partner/in (falls vorhanden)			geboren am (Partner/in)	
Straße			<input type="checkbox"/> alleinlebend	
PLZ + Ort			Etage/ Wohnungs-Nr.	
Gebäudeart	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	
in Pflege?	<input type="checkbox"/> PD ist täglich ..... mal vor Ort	<input type="checkbox"/> ist in der Tagespflege	<input type="checkbox"/> kein PD vorhanden	
<input type="checkbox"/> Bitte beachten! Es sind folgende Tiere in der Wohnung:				
<input type="checkbox"/> Schlüsseltresor vorhanden - PIN:     ___ ___ ___ Wo?				
Bemerkung/ Sonstiges				

<b>Status</b>	(Die Krankenkasse wird oft von der Ärztlichen Bereitschaft abgefragt.)		
Versicherungsnummer			(Partner/in)
Krankenkasse			(Partner/in)
Pflegegrad			(Partner/in)

<b>Geräte</b>							
Seriennummer	___ ___ ___ ___		Geräte ID Nummer		___ ___ ___ ___		
Geräte Typ	<input type="checkbox"/> Lifeline Vi (Tunstall)	<input type="checkbox"/> SAM IV (Vitaris)	<input type="checkbox"/> NEO NG (NEAT/Legrand)	<input type="checkbox"/> NEO GSM (NEAT/Legrand)	<input type="checkbox"/> NEO IP (NEAT/Legrand)	<input type="checkbox"/> Novo (NEAT/Legrand)	<input type="checkbox"/> TA74 (TeleAlarm)
<input type="checkbox"/> Bitte Tagestaste programmieren (gegen mtl. Aufpreis)							
Zubehör	<input type="checkbox"/> zweiter Handsender	<input type="checkbox"/> Rauchmelder (ohne gesonderte Weisung informieren wir im Alarmfall erst den Teilnehmer - Sprechkontakt/Telefon - und danach die Feuerwehr)			<input type="checkbox"/> Fall- detektor	<input type="checkbox"/>	
Bemerkung							

<b>Telefon</b>				
Telefonanbieter:	<input type="checkbox"/> Telekom	<input type="checkbox"/> andere Anbieter: ...		<input type="checkbox"/> Gerät für Mobilfunk nötig
Anschlussart bei Festnetz	<input type="checkbox"/> Telefon-Dose (TAE)		<input type="checkbox"/> Router* (per Tel./Voice o. IP)	<input type="checkbox"/> Router° (per LAN - IP)
Amtsholung nötig?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, mit der: ...	

\* Router muss mit TAE- bzw. MultiMedia-Dose verbunden sein!

° Router muss mit TAE- bzw. MultiMedia-Dose und Internet verbunden sein!



Wenn Lebenspartner/in vorhanden, bitte diese Seite nochmal als Seite 4 mit Partnerdaten (bitte eindeutig kennzeichnen) ausfüllen!

Krankheitsbild							
<input type="checkbox"/> Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> chron. Bronchitis/COPD		<input type="checkbox"/> Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> Bluter	<input type="checkbox"/> Einnahme Gerinnungshemmer	
<input type="checkbox"/> Zust. n. Herzinfarkt (Jahr )		<input type="checkbox"/> Atembeschwerden		<input type="checkbox"/> Zust. n. Thrombose (Jahr )		<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	
<input type="checkbox"/> Zust. n. Schlaganfall (Jahr )		<input type="checkbox"/> chron. Hepatitis/Leberzirrhose		<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Diabetes mell. Typ 1/Typ 2		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Allergien:			<input type="checkbox"/> Karzinompatient:			
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Multiresist. Keime (MRSA, ESBL, ...); HIV			<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Alkoholiker
<input type="checkbox"/> Kreislaufdystonie	<input type="checkbox"/> Zust. nach OP:			<input type="checkbox"/> Zust. n. Fraktur:			
<input type="checkbox"/> Zust. n. Lungenödem	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson		<input type="checkbox"/> Lähmung:		
<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Arthrose /			<input type="checkbox"/> gehbehindert/Sturzgefahr		<input type="checkbox"/> bettlägerig
<input type="checkbox"/> Dialysepatient	<input type="checkbox"/> Prostatahyperplasie		<input type="checkbox"/> starkes Übergewicht		<input type="checkbox"/> sehbehindert/blind		<input type="checkbox"/> schwerhörig
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> UA Stützen	Insulinspritzen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Rollator	Orale Antidiabetika		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegezeiten (Uhr)				Pflegeleistungen	<input type="checkbox"/> Grundpflege	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege	<input type="checkbox"/> Hauswirtsch.
Bemerkungen:							

Medikamente							
Medikamentenliste vor Ort				Medikamentenort			
<input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> Allopurinol	<input type="checkbox"/> Citalopram	<input type="checkbox"/> Ferro Sanol	<input type="checkbox"/> Losartan	<input type="checkbox"/> Moxonidin	<input type="checkbox"/> Pentalong	<input type="checkbox"/> Telmisartan	
<input type="checkbox"/> Amlodipin	<input type="checkbox"/> Clopidogrel	<input type="checkbox"/> Furosemid	<input type="checkbox"/> L-Thyroxin	<input type="checkbox"/> Nacom	<input type="checkbox"/> Pipamperon	<input type="checkbox"/> Theophyllin	
<input type="checkbox"/> ASS	<input type="checkbox"/> Codiovan	<input type="checkbox"/> Glibenclamid	<input type="checkbox"/> Marcumar	<input type="checkbox"/> Nebivolol	<input type="checkbox"/> Piracetam	<input type="checkbox"/> Thiamazol	
<input type="checkbox"/> Berodualspray	<input type="checkbox"/> Diazepam	<input type="checkbox"/> Glimepirid	<input type="checkbox"/> Melperon	<input type="checkbox"/> Nitrazepam	<input type="checkbox"/> Prednisolon	<input type="checkbox"/> Tilidin	
<input type="checkbox"/> Betahistin	<input type="checkbox"/> Diclofenac	<input type="checkbox"/> HCT	<input type="checkbox"/> Memantin	<input type="checkbox"/> Nitrospray	<input type="checkbox"/> Ramipril	<input type="checkbox"/> Torasemid	
<input type="checkbox"/> Bisoprolol	<input type="checkbox"/> Digitoxin	<input type="checkbox"/> Heparin	<input type="checkbox"/> Metformin	<input type="checkbox"/> Novaminsulfon	<input type="checkbox"/> Ranitidin	<input type="checkbox"/> Tramadol	
<input type="checkbox"/> Calcimagon	<input type="checkbox"/> Enalapril	<input type="checkbox"/> Ibuprofen	<input type="checkbox"/> Methizol	<input type="checkbox"/> Olmesartan	<input type="checkbox"/> Repaglinid	<input type="checkbox"/> Valsartan	
<input type="checkbox"/> Candesartan	<input type="checkbox"/> Exelon	<input type="checkbox"/> Insulin	<input type="checkbox"/> Methotrxat	<input type="checkbox"/> Omeprazol	<input type="checkbox"/> Simvastatin	<input type="checkbox"/> Verapamil	
<input type="checkbox"/> Captopril	<input type="checkbox"/> Exforge	<input type="checkbox"/> Isosorbiddinitrat	<input type="checkbox"/> Metoprolol	<input type="checkbox"/> Paracetamol	<input type="checkbox"/> Spironolacton	<input type="checkbox"/> Xarelto	
<input type="checkbox"/> Carvedilol	<input type="checkbox"/> Falithrom	<input type="checkbox"/> Levodopa	<input type="checkbox"/> Mirtazapin	<input type="checkbox"/> Phenprocoumon	<input type="checkbox"/> Sulfasalazin	<input type="checkbox"/> Xipamid	
<input type="checkbox"/> Celecoxib	<input type="checkbox"/> Fentanyl	<input type="checkbox"/> Lisinopril	<input type="checkbox"/> Morphin	<input type="checkbox"/> Pantoprazol	<input type="checkbox"/> Tavor	<input type="checkbox"/> Zolpidem	
Bemerkungen:							
nach Angaben des/r Hausnotruf-Teilnehmers/in							

**Wichtig: Bitte informieren Sie uns umgehend über Änderungen! Nur mit aktuellen Daten ist eine optimale Hilfe möglich.**

**Die Datenerhebung und die Datenhaltung erfolgt gemäß Artikel 13 DSGVO.**

Erstellt am	Unterschrift Bearbeiter/in	Unterschrift Teilnehmer/in

Der Teilnehmer/in ist wie folgt auf den Hausnotruf aufmerksam geworden: