

Hausnotruf-Datenblatt

Stand 01/2026



Formular bitte gut lesbar ausfüllen und zeitnah an die VHN übermitteln

per E-Mail: **daten@hausnotruf-chemnitz.de**

per Telefax: **0371 90993-995**

<input type="checkbox"/> Neuaufschaltung	<input type="checkbox"/> Änderungsmitteilung	TN-Kundennummer (wird von VHN ausgefüllt)
<input type="checkbox"/> stationärer HNR	<input type="checkbox"/> mobiler Notruf [zweite Kontakt-Bezugskette aufnehmen]	

Kunden-/Repo-Nummer: 7010	Wie sind Sie auf unseren HNR aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> KK <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Internet / Social Media <input type="checkbox"/> Anzeige / Presse <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---

Kooperations-/Vermittlungs-/Empfehlungspartner (zwingend erforderlich)	<input type="checkbox"/> Gerät bereits vorhanden / bestellt am: <input type="checkbox"/> Handsender als Halskette / Medaillon gewünscht <input type="checkbox"/>
--	--

1 Notruf-Teilnehmer:in	<input type="checkbox"/> Bitte senden Sie das HNR-Gerät an folgende Anschrift:
-------------------------------	--

Nachname	geboren am
Vorname	Telefon
Straße, Haus-Nr.	Mobil
PLZ, Ort	<input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> Pflegegrad:
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Pflegedienst ist <input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> wö. mal vor Ort
Versicherungsnummer	<input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> Beh.-pflege <input type="checkbox"/> Hauswirtsch.

2 Partner:in	Nachname	geboren am	<input type="checkbox"/> Pflegegrad:
	Vorname	Mobil	
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Pflegedienst ist	<input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> wö.	mal vor Ort
Versicherungsnummer	<input type="checkbox"/> Grundpflege	<input type="checkbox"/> Beh.-pflege	<input type="checkbox"/> Hauswirtsch.

Gebäudeart	<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TN in Tagespflege <input type="checkbox"/> Partner in Tagespflege
	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus ↻	Etage / Wohnungs-Nr.: /
Pflegebedarf und Wohnumfeld	<input type="checkbox"/> (Haus-)Tiere vorhanden?	<input type="checkbox"/> Fahrstuhl vorh.
	<input type="checkbox"/> Schlüsseltresor (PIN Nr.) Wo?	
	Schlüssel-Nr.	

HNR-Gerät und Zubehör	<input type="checkbox"/> „HNR Plus“ <input type="checkbox"/> Mobilfunk (MultiNetzKarte) <input type="checkbox"/> LAN/IP <input type="checkbox"/> Festnetz <input type="checkbox"/> mobiler Notruf
	Seriennummer Geräte-ID Gerät
	<input type="checkbox"/> zusätzlicher Handsender (Aufpreis) <input type="checkbox"/> Tagestaste (Aufpreis) <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Rauchmelder (ohne gesonderte Weisung informieren wir im Alarmfall erst den Teilnehmer - Sprechkontakt über Telefon - und danach die Feuerwehr)

Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Gehhilfe <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator
Krankheitsbilder und sonstige medizinische Informationen	<input type="checkbox"/> Sehbehinderung <input type="checkbox"/> Atembeschwerden <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Sturzgefahr
	<input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> mindestens 2 Hilfspersonen <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> Parese
	<input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Dialysepatient <input type="checkbox"/> MRSA / ESBL <input type="checkbox"/> HIV
	<input type="checkbox"/> Hepatitis (Typ) <input type="checkbox"/> Leberzirrhose <input type="checkbox"/> Blasenkatheter <input type="checkbox"/> Diab. Typ I / Typ II <input type="checkbox"/> Stoma
	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Angina Pectoris <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig <input type="checkbox"/> Ileostoma <input type="checkbox"/> Kolostoma
	<input type="checkbox"/> Lungenödem <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> orale Antidiab. <input type="checkbox"/> Tracheostoma
	<input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer <input type="checkbox"/> Medikamenten-unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen
	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt in <input type="checkbox"/> Schlaganfall in <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/>

Bemerkungen / Hinweise



Bezugs- und Kontaktkette für Seite (A)	<input type="checkbox"/> häusliches Umfeld (stationärer HNR)	<input type="checkbox"/> unterwegs (mobiler Notruf) ➔ 2. Kontaktkette aufnehmen						
Zusatzblatt (B) (C) für weitere Kontaktkette(n)	<input type="checkbox"/> 1 Notruf-Teilnehmer:in	<input type="checkbox"/> 2 Partner:in ➔ weitere Kontaktkette(n) aufnehmen						
Bitte stellen Sie sicher, dass die nachstehend benannten Bezugspersonen informiert und über die Erhebung sowie Speicherung Ihrer Daten unterrichtet sind. Wir erheben alle Daten gemäß Art. 13 DSGVO.								
Bitte informieren Sie uns umgehend über (Ver-)Änderungen Ihres Krankheitsbildes, der Bezugskette und Ihrer Medikation. Nur mit aktuellen Informationen und Daten ist eine optimale Hilfeleistung möglich.								
Kontaktpriorität Nr.: 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Schlüssel vorhanden <input type="checkbox"/> Hilfsperson <input type="checkbox"/> nur Info	Fahrzeit in Minuten	Verwandtschaftsgrad / Beziehung zum Teilnehmer					
Name, Vorname								
Straße		PLZ, Ort						
Telefon		Mobil						
E-Mail		Hinweis						
Kontaktpriorität Nr.: 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Schlüssel vorhanden <input type="checkbox"/> Hilfsperson <input type="checkbox"/> nur Info	Fahrzeit in Minuten	Verwandtschaftsgrad / Beziehung zum Teilnehmer					
Name, Vorname								
Straße		PLZ, Ort						
Telefon		Mobil						
E-Mail		Hinweis						
Kontaktpriorität Nr.: 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Schlüssel vorhanden <input type="checkbox"/> Hilfsperson <input type="checkbox"/> nur Info	Fahrzeit in Minuten	Verwandtschaftsgrad / Beziehung zum Teilnehmer					
Name, Vorname								
Straße		PLZ, Ort						
Telefon		Mobil						
E-Mail		Hinweis						
Kontaktpriorität Nr.: 1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Schlüssel vorhanden <input type="checkbox"/> Hilfsperson <input type="checkbox"/> nur Info	Fahrzeit in Minuten	Verwandtschaftsgrad / Beziehung zum Teilnehmer					
Name, Vorname								
Straße		PLZ, Ort						
Telefon		Mobil						
E-Mail		Hinweis						
Bitte beachten Sie, dass wir auf die Erreichbarkeit Ihrer hinterlegten Kontaktpersonen angewiesen sind, sofern keine 24/7-Notbereitschaft vereinbart wurde. In akuten, medizinisch notwendigen Notfällen leiten wir unverzüglich Rettungsmaßnahmen ein. Falls weder Sie noch Ihre Kontaktpersonen die Tür im Ernstfall öffnen können, weisen wir vorsorglich darauf hin, dass die Kosten für eine notwendige Notöffnung vom Teilnehmer zu tragen sind.								
<input type="checkbox"/> Mediplan befindet sich:		<input type="checkbox"/> Mediplan als Foto anbei						
1 Herz-Blut-Kreislauf / Lunge	<input type="checkbox"/> ASS	<input type="checkbox"/> Captopril	<input type="checkbox"/> Lisinopril	<input type="checkbox"/> Olmesartan	<input type="checkbox"/> Verapamil	<input type="checkbox"/> Heparin	<input type="checkbox"/> Phenprocoumon	
	<input type="checkbox"/> Amlodipin	<input type="checkbox"/> Carvedilol	<input type="checkbox"/> Losartan	<input type="checkbox"/> Ramipril	<input type="checkbox"/> Xipamid	<input type="checkbox"/> Clopidogrel	<input type="checkbox"/> Xarelto	
	<input type="checkbox"/> Bisoprolol	<input type="checkbox"/> Digitoxin	<input type="checkbox"/> Metoprolol	<input type="checkbox"/> Telmisartan		<input type="checkbox"/> Marcumar	<input type="checkbox"/> Berodualspray	
	<input type="checkbox"/> Candesartan	<input type="checkbox"/> Enalapril	<input type="checkbox"/> Nebivolol	<input type="checkbox"/> Valsartan		<input type="checkbox"/> Falithrom	<input type="checkbox"/> Theophyllin	
2 Schilddrüse / Diabetes / Immunsystem	<input type="checkbox"/> Glibenclamid	<input type="checkbox"/> Methotrexat	<input type="checkbox"/> Sulfasalazin	3 Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Novaminsulfon	4 Psycho-pharmaka	<input type="checkbox"/> Diazepam	<input type="checkbox"/> Tavor
	<input type="checkbox"/> Glimperid	<input type="checkbox"/> Methizol	<input type="checkbox"/> Thiamazol		<input type="checkbox"/> Paracetamol		<input type="checkbox"/> Melperon	<input type="checkbox"/> Zolpidem
	<input type="checkbox"/> L-Thyroxin	<input type="checkbox"/> Prednisolon			<input type="checkbox"/> Tilidin		<input type="checkbox"/> Mirtazapin	
	<input type="checkbox"/> Metformin	<input type="checkbox"/> Repaglinid			<input type="checkbox"/> Tramadol		<input type="checkbox"/> Pipamperon	
Ergänzend zu Medikamenten:								
<input type="checkbox"/> Pflegedienst übernimmt Hintergrunddienst in der Zeit von bis Uhr				Kontaktpriorität Nr.: 1 2 3 4		PD:		
<input type="checkbox"/> Sicherheitsdienst übernimmt Hintergrunddienst in der Zeit von bis Uhr				Kontaktpriorität Nr.: 1 2 3 4		SD:		
Die vorstehenden Informationen und Erhebungen beruhen auf den Angaben des Teilnehmers / der Teilnehmerin (bzw. des gesetzlichen Vertreters). Die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Angaben wird durch die nachfolgende(n) Unterschrift(en) bestätigt. Für Irrtümer oder Falschangaben, die auf unzutreffenden Informationen beruhen, kann die VHN GmbH nicht haftbar gemacht werden.								
Die o.g. Erklärung und Hinweise zu möglichen Kosten für eine notwendige Not-Tür-Öffnung habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden:								
erstellt / aktualisiert am	Unterschrift / Bestätigung Vertreter:in VHN / Koop.-partner	Unterschrift / Bestätigung Teilnehmer:in	Unterschrift / Bestätigung gesetzliche:r Vertreter:in					