

Anmeldebogen Notrufsysteme

Name des Ansprechpartners / Institution:
(Angehörige / Betreuungsdienst / Pflegedienst, etc.)

Rufnummer: Telefax:

E-Mail: Rückmeldung nach Anschluss per: E-Mail Telefax
(wenn gewünscht)

Kontakt zur Terminabsprache aufnehmen mit: Ansprechpartner / Institution Teilnehmer
(Rufnummer erforderlich)

Name des/der Teilnehmer*in*: Geb.-Datum*:
Vorname Name

Straße; Hausnr*:

PLZ, Ort*

Rufnummer Festnetz: Rufnummer mobil:
*Pflichtangaben

Vorhandener Telefonanschluß: analog ("alter" Anschluss) digital kein Telefonanschluss
(wenn bekannt)

Sonstige, für den Anschluss des Hausnotrufgeräts wichtige Informationen:

Pflegekasse*:

KV-NR (wenn bekannt): Pflegegrad*
*Pflichtangaben

Gewünschte Vertragsvariante (Pflichtangabe):

Basispaket (ohne Schlüssel hinterlegung und ohne Einsatzdienst) z.Zt. 25,50 €/Monat**

Standardpaket* (mit Schlüssel hinterlegung und mit Einsatzdienst) z.Zt. 48,- €/Monat**

Mobil-Basispaket (ohne Schlüssel hinterlegung und ohne Einsatzdienst. Mit mobiler Ortung unterwegs) z.Zt. 38,90 €/Monat**

Mobil-Standardpaket* (mit Schlüssel hinterlegung und mit Einsatzdienst. Mit mobiler Ortung unterwegs) z.Zt. 57,90 €/Monat**

***Schlüssel bitte zum Anschlusstermin bereitlegen!**

** abzüglich 25,50 € / Monat Pflegekassenanteil bei vorhandenem Pflegegrad und (überwiegend) allein lebend.

Weitere notwendige Unterlagen nach der Terminabsprache:

Anamnesebogen und Medikamente (freiwillige Angaben)

Kontaktpersonen im Einsatzfall (wenn gewünscht)

Sonstige / weitere Angaben und Wünsche:

Alle genannten Preise Stand Oktober 2023

Kontaktdaten ASB Region Düsseldorf

Telefon: 0800-930 31 31

Telefax: 0211-930 31-29

notrufsysteme@asb-duesseldorf.de

Achtung: löscht alle getätigten Eingaben!

Stand: Oktober 2023

Anamnesebogen

Vorname, Name des Teilnehmers:

Stoffwechsel-, Herz- & Bluterkrankungen

Leiden Sie unter Blut- / Kreislauferkrankungen? ja nein

(Bluthochdruck, Niedriger Blutdruck, Blutgerinnungsstörungen)

Welche?:

Leiden Sie unter Herzerkrankungen? ja nein

(Angina Pectoris, beschleunigter Puls, verlangsamter Puls, Herzschrittmacher, Herzinfarkt, Vorhofflimmern, Herzklappenersatz, Insuffizienz, Herzrhythmusstörung, KHK)

Welche?:

Nehmen Sie Medikamente, welche die Blutgerinnung hemmen? ja nein

nein(z.B. Marcumar, Arixtra, Heparin, Marcuphen, etc.)

Welche?:

Leiden Sie unter Zuckererkrankungen? ja nein

(Erhöhter Blutzuckerspiegel, niedriger Blutzuckerspiegel, Diabetes (insulinpflichtig?))

Weitere:

Leiden / Litten Sie unter Krebserkrankungen? ja nein

Welche?:

Wann? (Jahr):

Nehmen Sie zurzeit an einer Chemotherapie Teil? ja nein

Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen? (Thrombose, Arteriosklerose) ja nein

Welche?:

Leiden Sie unter Atemwegserkrankungen? ja nein

(Asthma, COPD, Lungenödem, Lungenemphysem, Lungenflügelentfernung)

Welche?:

Leiden Sie unter Gefäßerkrankungen? (Aneurysma, Arteriitis (Entzündung), Arteriosklerose) ja nein

Welche?:

Sonstige internistische Erkrankungen? ja nein

Welche?:

Neurologische Erkrankungen

Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall oder eine Blutung im Kopf? ja nein

(Schlaganfall (Apoplex / TIA / PRIND), Hirnblutung (ICB))

Welche?:

Leiden Sie unter Epilepsie bzw. hatten Sie schon einmal einen Krampfanfall? ja nein

Welche?:

Leiden Sie unter Demenz oder Alzheimer? ja nein

Leiden Sie unter Erkrankungen des Bewegungsapparates? (Parkinson, MS) ja nein

Welche?:

Leiden Sie unter Depressionen oder Schizophrenie? ja nein

Sonstige neurologische Erkrankungen? ja nein
(Geistige Behinderungen, Suchterkrankungen, Hemiparesen)
Welche?:

Infektionskrankheiten

Leiden Sie unter Infektionskrankheiten? ja nein
Welche?:

Hat Ihr Arzt Sie auf eine Ansteckungsgefahr, welche von Ihnen ausgeht, hingewiesen? ja nein
Welche?:

Ist bei Ihnen oder Ihrer Familie ein resistenter Keim (MRSA, ORSA, ESBL etc.) aufgetreten? ja nein
Bei wem?:

Ist bei Ihnen oder Ihrer Familie Aids/HIV aufgetreten? ja nein
Bei wem?:

Ist bei Ihnen oder Ihrer Familie Hepatitis oder Tuberkulose aufgetreten? ja nein
Bei wem?:

Chirurgische Erkrankungen

Hatten Sie in den Letzen 2 Jahren schon einmal einen Knochenbruch / eine Fraktur / OSH etc.? ja nein
Welche?:

Leiden Sie unter entzündlichen Gelenkerkrankungen? (Osteoporose, Arthritis, Arthrose, Rheuma, etc.) ja nein
Welche?:

Sonstige Erkrankungen

Benötigen Sie Hilfsmittel / Besonderheiten? ja nein
(Rollstuhl, Gehhilfe, Rollator, Sauerstoffgerät, künstliche Ernährung, künstliche Ausgänge etc.)
Welche?:

Leiden Sie unter einer der folgenden Behinderungen? ja nein
(Erblindung, Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit, Sehbehinderung, Amputationen, Gehbehinderungen oder Sprachstörungen)
Welche?:

Sonstiges / Allergien:

ja nein
Welche?:

Medikamentenort:

Medikamente:

Die Angaben zu Vorerkrankungen und Medikamente sind freiwillige Angaben!
Im Einsatzfall dienen diese Angaben nur zur Weitergabe an den Rettungsdienst durch unseren Einsatzdienst.

Kontaktdaten ASB Region Düsseldorf

Telefon: 0800-930 31 31

Telefax: 0211-930 31 -29

notrufsysteme@asb-duesseldorf.de

Zu benachrichtigende Personen und Institutionen

Vorname, Name des Teilnehmers:

Bezug:	<input type="checkbox"/> Schlüssel
Name:	
Vorname:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	
Tel. privat:	
Tel. mobil:	
Tel. Firma:	

Bezug:	<input type="checkbox"/> Schlüssel
Name:	
Vorname:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	
Tel. privat:	
Tel. mobil:	
Tel. Firma:	

Bezug:	<input type="checkbox"/> Schlüssel
Name:	
Vorname:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	
Tel. privat:	
Tel. mobil:	
Tel. Firma:	

Bezug:	<input type="checkbox"/> Schlüssel
Name:	
Vorname:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	
Tel. privat:	
Tel. mobil:	
Tel. Firma:	

Bezug:	<input type="checkbox"/> Schlüssel
Name:	
Vorname:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	
Tel. privat:	
Tel. mobil:	
Tel. Firma:	

ASB Hintergrunddienst / Bereitschaftsdienst	
Stadt / Gemeinde:	
Telefon: Gemäß ProAlert Hinterlegung	
Feuerwehr / Rettungsdienst / Polizei	
Stadt / Gemeinde:	
Telefon: Gemäß ProAlert Hinterlegung	

Bitte die Kontaktpersonen nach Priorität von oben nach unten angeben.

Unsere Einsatzleitzentrale ruft diese Kontaktpersonen bei einer Krankenhauseinlieferung des Teilnehmers in dieser Reihenfolge an und informiert die erste erreichte Kontaktperson.

Aus Erfahrung wissen wir, dass die Angabe von mehr als 3 Kontaktpersonen in der Regel nicht sinnvoll ist.

Achtung: Wir setzen voraus, dass die eingetragenen Kontaktpersonen über ihre Eintragung vom Teilnehmer informiert wurden, eine Prüfung durch uns erfolgt nicht!

Die Kontaktdaten werden nur in der Einsatzleitzentrale hinterlegt, eine Nutzung zu Werbezwecken, o.ä. ist nicht möglich!

Ich wünsche die Information meiner Kontaktpersonen bereits zu Einsatzbeginn, auch bei einfachen Hilfeleistungen ohne Krankenhauseinlieferung.

Kontakt Daten ASB Region Düsseldorf
 Telefon: 0800-930 31 31
 Telefax: 0211-930 31-29
 notrufsysteme@asb-duesseldorf.de