

Erhebungsbogen



Kunde:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Geb.-Datum: _____

Ist **H**ilfsbereit? **I**nformativ Anrufen am **T**ag? Anrufen in der **N**acht? Hat einen **S**chlüssel?

Bezugsperson 1:
H I T N S
(bitte zutreffendes ankreuzen!)

Art des Kontaktes: _____
(z.B. Sohn / Tochter, Nachbar etc.)

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil-Telefon: _____

Bezugsperson 2:
H I T N S
(bitte zutreffendes ankreuzen!)

Art des Kontaktes: _____
(z.B. Sohn / Tochter, Nachbar etc.)

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil-Telefon: _____

Bezugsperson 3:
H I T N S
(bitte zutreffendes ankreuzen!)

Art des Kontaktes: _____
(z.B. Sohn / Tochter, Nachbar etc.)

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil-Telefon: _____

Bezugsperson 4:
H I T N S
(bitte zutreffendes ankreuzen!)

Art des Kontaktes: _____
(z.B. Sohn / Tochter, Nachbar etc.)

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil-Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Versicherten-Nr.: _____ Pflegegrad: _____

Hausarzt:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil-Telefon: _____

Krankheiten: (bitte entsprechendes ankreuzen)

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthmatiker | <input type="checkbox"/> Diabetiker | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Marcumar-Patient | <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Schwächeanfälle | <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle | <input type="checkbox"/> Sturzgefahr | <input type="checkbox"/> schwerhörig |
| <input type="checkbox"/> Allergien/Unverträglichkeiten | | | |

Sonstiges (OPs, etc.):

Medikamente:

blutverd. Medikamente (MARCUMAR): _____

Insulin (Diabetiker): _____

Medikamentenort: _____

Sonstige Medikamente: _____

Mitbewohner und/oder Haustiere: _____

Sie halten sich im Haus/ der Wohnung hier überall auf: (EG, 1.OG, Garten, Keller...)

Sie benutzen folgende Gehhilfen: (Stock, Rollator, Krücke...)



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

Kreisverband Ludwigsburg e.V.
HausNotruf-Service
Reuteallee 19, 71634 Ludwigsburg

Tel: (07141) 120-239

Email: rieber@drk-ludwigsburg.de