

Call-Nr.: _____

Name / Vorname: _____

Sämtliche, im Zusammenhang mit diesem Vertrag erfassten Daten, werden gem. den Datenschutzbestimmungen gespeichert und nur zur Erfüllung des Vertragszweckes verwendet. Die Speicherung von weitergehenden Informationen, wie z. B. Grunderkrankungen, erfolgt nur auf Wunsch des Teilnehmers zur Erfüllung des Vertragszweckes. Jede Verwendung von Daten erfolgt gem. den Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten gemäß §§ 67 bis 85a SGB XI.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt gefährdet | <input type="checkbox"/> Schlaganfall gefährdet |
| <input type="checkbox"/> Angstzustände | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Schwächeanfälle |
| <input type="checkbox"/> Asthmatiker | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Infusions Patient | <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle |
| <input type="checkbox"/> Desorientierung | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Diabetiker | <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> Sehhilfe |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen |
| <input type="checkbox"/> Gebiss | <input type="checkbox"/> Nachlassen/
Störungen der Feinmotorik | <input type="checkbox"/> Sprechhilfe |
| <input type="checkbox"/> Gehbehinderung | <input type="checkbox"/> Prothesen | <input type="checkbox"/> Sturzgefahr |
| <input type="checkbox"/> Gehhilfen | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Taubheit |
| <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen | | |

Hausarzt (Telefon): _____

Mitbewohner (z.B. Ehepartner): _____

Haustiere / Name: _____

Besondere Gewohnheiten: _____

Besondere Wohnverhältnisse (z. B. steile Treppe): _____

Pflegerische Einsätze (wie oft und zu welchen Zeiten?): _____

Deponierung des Schlüssels (Schlüsselversteck): _____

Ihre besonderen Wünsche: _____

Vitakt-Fragebogen

Frage 1: Ist eine Stromdose in der Nähe der Telefondose?

Ja.

Nein, die Steckdose ist ca. _____ Meter entfernt.

Ein Stromverlängerungskabel (3 m) - einmalig € 5,13 - kann auf dem Vitakt-Basisvertrag bestellt werden.

Frage 2: Wie viele Telefonanschlüsse befinden sich in Ihrer Wohnung?

Anzahl der Telefonanschlüsse: _____

Frage 3: Ist das Telefon in der Nähe der Telefondose (2 m)?

Ja

Nein, mein Telefon ist ca. _____ Meter von der Telefondose entfernt.

Ein Postverlängerungskabel (6 m) - einmalig € 5,13 - kann auf dem Vitakt-Basisvertrag bestellt werden.

Frage 4: Welche Postdose ist bei Ihnen installiert?

a) Bei dieser Postdose beauftragen Sie bitte die Telekom AG unter der Rufnummer 0800 / 330 1000 oder rufen Sie uns an.

b) Bei dieser Postdose senden wir Ihnen gerne einen Adapter (Stecker) mit. Damit sind alle Voraussetzungen erfüllt. Der Adapter kostet einmalig € 10,52.

c) Diese 3-fach TAE-NFN Postdose ist richtig.

a)



b)



c)



Sollte Ihre Postdose nicht den hier abgebildeten entsprechen, wenden Sie sich bitte an uns: 0 59 71 / 93 43 56.

Frage 5: Möchten Sie (oder eine Person Ihres Vertrauens) das Vitakt-Hausnotrufsystem selber anschließen?

Ja, bitte schicken Sie das Vitakt-Hausnotrufsystem an die unten aufgeführte Person:

Name/ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

Nein, bitte kümmern Sie sich darum, dass ein Vitakt-Partner das Vitakt-Hausnotrufsystem anschließt. (Bitte tragen Sie hier den Namen Ihrer Pflegeeinrichtung oder einer betreuenden Person ein)

Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

Bitte den Fragebogen ausgefüllt zurückschicken!