

Name der Einrichtung:

Ansprechpartner:

Straße:

PLZ / Ort:

Tel. Büro:

Fax Büro:

E-Mail:

Bürozeiten:

Wird durch Vitakt ausgefüllt

Name meines/r
Ansprechpartners/in (GVL):

Vitakt Partner Nr.:

**Bitte geben Sie nachfolgend die Rufnummern Ihres Bereitschaftsdienstes an.
Bitte nur Festnetz- und Mobiltelefone:**

Rufnummer	Bemerkung (z. B. erreichbar von - bis)

**Ihre regional zuständigen Notdienste
Unbedingt die Amtsrufnummern mit Vorwahl angeben. NICHT 112 / 110**

Rettungsleitstelle:

Notärztlicher Dienst:

Feuerwehrleitstelle:

Polizei:

Vitakt zahlt folgende Beratungs- und Anschluss honorare.

Das Vitaktsystem muss durch den Vitakt-Partner in Betrieb genommen werden und mindestens 30 Tage auf den Teilnehmer angemeldet sein. Für jeden Vitakt-Anschluss erhält der Vitakt Partner 23,80 €. Es erfolgt keine gesonderte postalische Benachrichtigung über geleistete Beratungs- und Anschluss honorarzahlungen (VP-Abrechnungen). Die erfolgten Zahlungen können Sie anhand der Callnummer auf Ihren Kontoauszügen überprüfen. Eine Nennung des Teilnehmersnamens auf Ihren Kontoauszügen erfolgt nicht. Bitte haben Sie Verständnis, dass Sie sich hier schriftlich erklären müssen.

Andernfalls dürfen wir Ihnen das Beratungs- und Anschluss honorar sowie etwaige Provisionen nicht überweisen. Änderungen bzgl. dieser Punkte teilen Sie uns bitte unverzüglich mit.

Kontoinhaber:	Konto-Nr.:
Name der Bank:	BLZ:

Wenn Sie selber oder durch einen Kooperationspartner bzw. Dienstleister weitere Dienstleistungen anbieten, vermitteln wir Ihnen bei entsprechenden Anfragen gerne Interessenten. Diese Dienstleistungen können Ihre Patienten direkt über das Vitakt-Hausnotrufsystem anfordern.

Art der Dienstleistung

Pflegeleistungen:	Unterstützung bei:	Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Pflege nach SGB V	<input type="checkbox"/> Antragsstellungen	<input type="checkbox"/> Angehörigenbetreuung
<input type="checkbox"/> Pflege nach SGB XI	<input type="checkbox"/> Arztbesuchen	<input type="checkbox"/> Besuchsdienste
Spezielle Pflege:	<input type="checkbox"/> Behördengängen	<input type="checkbox"/> Einkaufsdienst
<input type="checkbox"/> 24-h-Pflege	<input type="checkbox"/> MDK Besuchen	<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern
<input type="checkbox"/> Beatmungspflege	<input type="checkbox"/> Widersprüchen	<input type="checkbox"/> Friseur
<input type="checkbox"/> Behinderten Pflege	Fremdsprachen:	<input type="checkbox"/> Gartenarbeiten
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Gesprächskreise
<input type="checkbox"/> Fußpflege/Podologie	<input type="checkbox"/> Französisch	<input type="checkbox"/> Hausmeisterservice
<input type="checkbox"/> Kinderkrankenpflege	<input type="checkbox"/> Polnisch	<input type="checkbox"/> Hausnotruf
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Portugiesisch	<input type="checkbox"/> Hilfsmittelverleih
<input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> Russisch	<input type="checkbox"/> kostenl. Kostenvoranschläge
<input type="checkbox"/> Palliativpflege	<input type="checkbox"/> Spanisch	<input type="checkbox"/> Nachtpflege
<input type="checkbox"/> Portversorgung	<input type="checkbox"/> Türkisch	<input type="checkbox"/> Pflegekurse
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege		<input type="checkbox"/> Reinigungsdienst
<input type="checkbox"/> Wundmanagement		<input type="checkbox"/> Tagespflege
		<input type="checkbox"/> Transportdienst

In welchen Postleitzahlgebieten sind Sie tätig, in denen wir bei Anfragen Interessenten für Ihre Dienstleistungen und für Vitakt Hausnotrufsysteme an Sie vermitteln dürfen?

PLZ :

Bei welchen Patienten möchten Sie Vitakt-Hausnotruf anschließen?

bei jedem Interessenten eigenen Patienten und Patienten ohne Pflegedienst nur bei eigenen Patienten

Bitte senden Sie mir Vitakt-Comfort-Unterlagen.

Bitte senden Sie mir Vitakt-Proservis-Unterlagen.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel