

② ERGÄNZENDE INFORMATIONEN (FREIWILLIG)

Alle Informationen und Angaben, die Sie uns auf diesem Beiblatt mitteilen, sind freiwillig (nicht verpflichtend). Diese Angaben können uns bei der Bearbeitung Ihrer Meldungen hilfreich sein.

Sämtliche 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 Kunden zur Erfüllung des Vertragszweckes. Jede Verwendung von Daten erfolgt gem. den Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten gemäß §§ 67 bis 85a SGB XI.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Mein Name ist (Vitakt-Kunde):

Vorname:

Name:

Mein Gesundheitszustand:

Allergien,
wenn ja, welche

Bettlägerig

Herzschrittmacher

Sehbehinderung

Blutverdünner

Infektionskrankheiten

Sprachstörungen

Depressionen

MS

Taubheit

Demenz Alzheimer

Parkinson

andere Erkrankungen
bzw. Bemerkungen:

Diabetiker

Schlaganfall gefährdet
(z.B. hoher Blutdruck)

Dialyse Patient

Asthmatiker

Herzinfarkt gefährdet

Hörgerät

Wichtige Informationen für den Notarzt:

Meine pflegerische Versorgung:

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

Durch Pflegedienst (Name/Telefon)
oder evtl. VP-Nr.:

Mein Hausarzt (Name/Telefon):

Mein Lebensumfeld:

Mein Mitbewohner (z.B. Ehepartner): Vorname:

Name:

Geb.Datum:

Mein Haustier (Name/Art):

Meine Wohnsituation:

Einfamilienhaus

Doppelhaus, Eingang links rechts

Mehrfamilienhaus, die Wohnung befindet sich in der

Etage links rechts

Betreutes Wohnen, die Wohnung Nr.

befindet sich in der

Etage links rechts

Schlüsselversteck:

Aufbewahrungsorte:

Medikamente:

Patientenverfügung:

Meine Anmerkungen/Notizen/weitere Personen für die Kontaktliste:

(Vermerken Sie bei den Personen für die Kontaktliste bitte die Wegzeit in Minuten und ob ein Schlüssel vorliegt!)