

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:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja, welche | <input type="checkbox"/> Bettlägerig | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung |
| | <input type="checkbox"/> Blutverdünner | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen |
| | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> Taubheit |
| | <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> andere Erkrankungen bzw. Bemerkungen: |
| | <input type="checkbox"/> Diabetiker | <input type="checkbox"/> Schlaganfall gefährdet (z.B. hoher Blutdruck) | |
| | <input type="checkbox"/> Dialyse Patient | | |
| <input type="checkbox"/> Asthmatiker | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt gefährdet | <input type="checkbox"/> 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!)