

Persönliche Daten				
Name, Vorname:				
Straße, Hausnummer:				
PLZ und Ort:				
Telefon Festnetz:				
Telefon Mobil:				
Geburtsdatum:				
Adresshinweis (z. B. Etage):				
Kranken- Pflegekasse:				
Ich bin versichert bei:				
Versichertennummer:				
Pflegegrad vorhanden:	☐	Ja:	☐	Nein
Art der Versicherung	☐	Gesetzlich	☐	Privat
Ich bin Beihilfeberechtigt:	☐	Ja:	☐	Nein

Sollten Sie privat versichert oder beihilfeberechtigt sein, lassen wir Ihnen monatlich eine Rechnung zukommen, welche Sie bei Ihrer Kranken- / Pflegekasse und / oder bei der Beihilfe einreichen können. Die Abrechnung kann in diesem Fall nicht direkt mit der Kranken- / Pflegekasse und / oder Beihilfe erfolgen.

Angebot des ASB			
☐	Basis-Tarif Hausnotruf	☐	Komfort-Tarif Hausnotruf
☐	Basis-Tarif Mobile Notrufuhr	☐	Komfort-Tarif Mobile Notrufuhr
☐	Basis-Tarif Home & Go	☐	Komfort-Tarif Home & Go
☐	Basis-Tarif Home & Go Flex	☐	Komfort-Tarif Home & Go Flex
☐	Zweiten Handsender (nur bei Hausnotruf und Home & Go Flex möglich)		

Die Abbuchung erfolgt über folgende Kontoverbindung:			
Kontoinhaber:	☐	Ich	☐
Kreditinstitut:			
IBAN:			
BIC			

Information zum anderen Kontoinhaber:	
Name, Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ und Ort	

Technische Information <i>(nur bei Hausnotruf)</i> :			
Zentral gelegener Festnetzanschluss:	☐	Ja	☐
Telefonanbieter:			
Router vorhanden	☐	Ja	☐
Anschluss:	☐	Mein Festnetzanschluss ist durch ein Kabel mit der Wand verbunden (normaler TAE-Anschluss)	
	☐	Mein Festnetzanschluss verfügt über eine SIM-Karte	

Der Hausnotruf für Zuhause wird an Ihrem Festnetzanschluss installiert. Sollten Sie über keinen standardmäßigen Festnetzanschluss via TAE-Dose, einen Festnetzanschluss über eine SIM-Karte oder einen nicht zentral erreichbaren Festnetzanschluss, wie z. B. im Keller oder Dachgeschoss, verfügen, wird bei Ihnen ein GSM-Gerät mit SIM-Karte installiert. Dieses GSM-Gerät ist vom Festnetzanschluss losgelöst und wird zentral in Ihrer Wohnung aufgestellt. Die Mehrkosten betragen hierfür 5,00 € / Monat.

Hausarzt / Facharzt	
Praxis Hausarzt:	
Hausarzt (Name, Adresse)	
Praxis Facharzt:	
Facharzt (Name, Adresse):	

Alarmierungsplan (Bezugspersonen):					
	Rufbereitschaft des ASB RV Allgäu e. V. (nur bei Komfort-Tarifen)				
1	Name, Vorname:				
	Straße, Hausnummer:				
	PLZ, Ort:				
	Telefon Festnetz:				
	Telefon Mobil:				
	Schlüssel vorhanden:	☐	Ja	☐	Nein
	Beziehung zum Teilnehmer:				
2	Name, Vorname:				
	Straße, Hausnummer:				
	PLZ, Ort:				
	Telefon Festnetz:				
	Telefon Mobil:				
	Schlüssel vorhanden:	☐	Ja	☐	Nein
	Beziehung zum Teilnehmer:				
3	Name, Vorname:				
	Straße, Hausnummer:				
	PLZ, Ort:				
	Telefon Festnetz:				
	Telefon Mobil:				
	Schlüssel vorhanden:	☐	Ja	☐	Nein
	Beziehung zum Teilnehmer:				
4	Name, Vorname:				
	Straße, Hausnummer:				
	PLZ, Ort:				
	Telefon Festnetz:				
	Telefon Mobil:				
	Schlüssel vorhanden:	☐	Ja	☐	Nein
	Beziehung zum Teilnehmer:				

Anamnese						
Hilfsmittel:		Rollator		Rollstuhl		
Sehvermögen:		Normal		Sehbehinderung		Erblindung
Hörvermögen:		Normal		Schwerhörig		Gehörlos
	Schwindelanfälle			Herz-/Kreislaufleiden		Herzinsuffizienz
	Bluthochdruck			Z. n. Herzinfarkt		Z. n. Schlaganfall
	Herzschritmacher			Diabetes		MS
	Demenz			Amputation(en)		Künstliche Gelenke
	Asthma			Stoma		Katheter
	Parkinson			Allergien:		
Weitere nicht aufgeführte Diagnosen / Informationen:						

Sonstige Informationen:

Beginn meines Hausnotrufvertrags (in Absprache mit dem ASB Allgäu)	
Beratungstermin:	Wird vom ASB ausgefüllt
Datum der Installation:	Wird vom ASB ausgefüllt
Dadurch bin ich auf den ASB Allgäu aufmerksam geworden (Mitgliedschaft, Werbung,):	

Bitte senden Sie uns diesen Datenerfassungsbogen per E-Mail oder auf dem Postweg zu:

hausnotruf@asb-allgaeu.de

Arbeiter-Samariter-Bund
Zentrale Verwaltung Hausnotruf
Gerberweg 6
87541 Bad Hindelang