

Nutzer

Name _____
 Vorname _____
 Geb. Datum _____
 Straße _____
 PLZ u. Ort _____
 Telefon _____

Leistungserbringer

Ökumenische Sozialstation
 Hagenbach, Kandel, Wörth e.V.
 Arthus-Nisio- Straße 23
 76744 Wörth
 Tel: 07271- 76080
 Fax: 07271- 7608-27
 Email: info@sozialstation-woerth.de

Einrichtungsdatum: _____ Montage/ Auslieferung durch: _____

Ich wünsche folgende Leistungen:		Monatlich.	Sonderzahlung
<input type="checkbox"/>	1.0 Grundmodell	35,50 €	
	2.0 Sim- Kartengebühr	10,00 €	
<input type="checkbox"/>	3.0 Schlüsselhinterlegung (wenn SST 1. Ansprechpartner)	15,00 €	
<input type="checkbox"/>	4.0 Sonstiges		

Die Anmeldegebühr in Höhe von 50,00€ sind vor Ort an die Sozialstation Hagenbach, Kandel, Wörth e.V. zu bezahlen.

Ich bin Pflegegrad _____ eingestuft und wünsche die Antragsstellung auf Kostenübernahme des Grundmodelles bei meiner Pflegekasse. **(Achtung: Bei Privatpatienten muss die Beantragung bei der Pflegekasse direkt erfolgen)**

Pflegekasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Sofern keine Kostenübernahme erfolgt, verpflichte ich mich die Kosten selbst zu tragen. Ich berechne die Ökumenische Sozialstation Hagenbach, Kandel, Wörth e.V. alle erforderlichen Zahlungen von nachstehender Bankverbindung abzubuchen.

Name der Bank: _____ IBAN: _____

Rechnung erbeten per E-Mail an: _____

Notrufbearbeitungsplan: Nach Auslösen eines Notrufes und sofern ich Hilfe benötige, sollen nachfolgende Personen in der angegebenen Reihenfolge verständigt werden. Die angeführten Personen sind hiervon unterrichtet.

A = Angehöriger/ Verwandtschaftsgrad **N**= Nachbar **B**= Bekannte*r **P**= Pflegedienst **S**= Schlüssel für Wohnung

Kontaktperson 1

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/ Ort
Telefon: <input type="checkbox"/> privat	Mobil:
Telefon: <input type="checkbox"/> dienstlich	E-Mail:
Kontaktnotiz:	<input type="checkbox"/> Schlüssel vorhanden <input type="checkbox"/> Verwandtschaftsgrad (siehe oben)

Kontaktperson 2

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/ Ort
Telefon: <input type="checkbox"/> privat	Mobil:
Telefon: <input type="checkbox"/> dienstlich	E-Mail:
Kontaktnotiz:	<input type="checkbox"/> Schlüssel vorhanden <input type="checkbox"/> Verwandtschaftsgrad (siehe oben)

Kontaktperson 3

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/ Ort
Telefon: <input type="checkbox"/> privat	Mobil:
Telefon: <input type="checkbox"/> dienstlich	E-Mail:
Kontaktnotiz:	<input type="checkbox"/> Schlüssel vorhanden <input type="checkbox"/> Verwandtschaftsgrad (siehe oben)

Kontaktperson 4

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/ Ort
Telefon: <input type="checkbox"/> privat	Mobil:
Telefon: <input type="checkbox"/> dienstlich	E-Mail:
Kontaktnotiz:	<input type="checkbox"/> Schlüssel vorhanden <input type="checkbox"/> Verwandtschaftsgrad (siehe oben)

Hausarzt

Praxis:	
Straße:	PLZ/ Ort
Telefon:	Fax:

Ergänzende Informationen

Mein Gesundheitszustand

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja welche | <input type="checkbox"/> Bettlägerig | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung |
| | <input type="checkbox"/> Blutverdünner | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen | <input type="checkbox"/> Sprachbeeinträchtigung |
| | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Multiples Sklerose | <input type="checkbox"/> Taubheit |
| | <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> andere |
| | <input type="checkbox"/> Diabetiker <input type="checkbox"/> insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> Schlaganfall gefährdet | Erkrankungen/Bemerkungen |
| | <input type="checkbox"/> Dialyse Patient*in | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | |
| <input type="checkbox"/> Asthmatiker | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt gefährdet | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | |

Wichtige Informationen für den Notarzt

Meine Wohnsituation

- Einfamilienhaus Doppelhaus , Eingang links rechts
- Mehrfamilienhaus, die Wohnung befindet sich in der Etage links rechts in der Mitte
- Betreutes Wohnen, die Wohnung Nr. befindet sich in der Etage links rechts in der Mitte

Haftung:

Die Vertragsparteien vereinbaren eine Haftungsbeschränkung der Omnikon Notsignaltechnik GmbH auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit. Der Auftragnehmer übernimmt keine Haftung für Schäden bei Unterbrechungen der Mobilfunkverbindungen, soweit diese auf technische Mängel der GSM-Provider zurückzuführen sind. Für etwaige Ansprüche Dritter wegen nicht ordnungsgemäßer Alarmabsendung stellt der Auftraggeber den Auftragnehmer vorsorglich im Innenverhältnis frei.

Ort und Datum: _____ Unterschrift des Mieters o. Vertreter*in: _____