

Nutzer

Leistungserbringer

Name _____

Ökumenische Sozialstation

Hagenbach, Kandel, Wörth e.V.

Vorname _____

Arthus-Nisio- Straße 23

Geb. Datum _____

76744 Wörth

Straße _____

Tel: 07271- 76080

PLZ u. Ort _____

Fax: 07271- 7608-27

Telefon _____

Email: info@sozialstation-woerth.de

Einrichtungsdatum: _____ Montage/ Auslieferung durch: _____

Ich wünsche folgende Leistungen:		Monatlich.	Sonderzahlung
☒	1.0 Grundmodell	27,00 €	
	2.0 Sim- Kartengebühr	10,00 €	
	3.0 Bearbeitung	10,00 €	
☐	4.0 Schlüssel hinterlegung (wenn SST 1. Ansprechpartner)	15,00 €	
☐	5.0 Sonstiges		
☐	Mitglied im Krankenpflegeverein (mindestens 5 Jahre)	Mitgliedsnummer: _____	

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* P= Pflegedienst S= Schlüssel für Wohnung

Kontaktperson 1

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/ Ort
Telefon: ☐ privat	Mobil:
Telefon: ☐ dienstlich	E-Mail:
Kontaktnotiz:	☐ Schlüssel vorhanden ☐ Verwandtschaftsgrad (siehe oben)

Kontaktperson 2

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/ Ort
Telefon: ☐ privat	Mobil:
Telefon: ☐ dienstlich	E-Mail:
Kontaktnotiz:	☐ Schlüssel vorhanden ☐ Verwandtschaftsgrad (siehe oben)

Kontaktperson 3

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/ Ort
Telefon: ☐ privat	Mobil:
Telefon: ☐ dienstlich	E-Mail:
Kontaktnotiz:	☐ Schlüssel vorhanden ☐ Verwandtschaftsgrad (siehe oben)

Kontaktperson 4

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/ Ort
Telefon: ☐ privat	Mobil:
Telefon: ☐ dienstlich	E-Mail:
Kontaktnotiz:	☐ Schlüssel vorhanden ☐ Verwandtschaftsgrad (siehe oben)

Hausarzt

Praxis:	
Straße:	PLZ/ Ort
Telefon:	Fax:

Ergänzende Informationen**Mein Gesundheitszustand**

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Allergien, wenn ja welche | ☐ Bettlägerig | ☐ Herzschrittmacher | ☐ Sehbeeinträchtigung |
| | ☐ Blutverdünner | ☐ Infektionserkrankungen | ☐ Sprachbeeinträchtigung |
| | ☐ Depressionen | ☐ Multiples Sklerose | ☐ Taubheit |
| | ☐ Demenz ☐ Alzheimer | ☐ Parkinson | ☐ andere |
| | ☐ Diabetiker ☐ insulinpflichtig | ☐ Schlaganfall gefährdet | Erkrankungen/Bemerkungen |
| | ☐ Dialyse Patient*in | ☐ Hoher Blutdruck | |
| ☐ Asthmatiker | ☐ Herzinfarkt gefährdet | ☐ 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: _____