

Hausnotruf Anamnesebogen

(bitte sorgfältig ausfüllen für bestmögliche Versorgung im Notfall!)



Kreisverband Neumarkt Klägerweg 9 92318 Neumarkt Tel.: 09181/483-320	Hausnotrufgerät - Identnummer : ID	Kundennummer: KD
--	--	----------------------------

Name, Vorname:.....

Straße/Hs.Nr.:.....PLZ/Ort:.....

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

A. Körperliche Einschränkungen und Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Gehbehinderung (Anm.:)	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsprobleme	
<input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung (unabhängig vom Alter)		
<input type="checkbox"/> sehbehindert (<input type="checkbox"/> blind)	<input type="checkbox"/> Sprachstörung (<input type="checkbox"/> stumm)	<input type="checkbox"/> schwerhörig (<input type="checkbox"/> taub)
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Krebs
<input type="checkbox"/> Herzprobleme (Herzrhythmus, Herzschwäche...)	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Blutverdünnung	<input type="checkbox"/> Arteriosklerose
<input type="checkbox"/> Venenschwäche, Thrombosegefahr	<input type="checkbox"/> Geschwüre, Offenes Bein	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Darmerkrankung
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis (COPD)	<input type="checkbox"/> Asthma
Sonstige Anmerkungen:		

B. Geistige/neurologische Einschränkungen und Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit	
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Geistige Behinderung (unabhängig vom Alter)		
Sonstige Anmerkungen:		

C. Medikamente (ggf. Angaben für den Rettungsdienst)

Der aktuelle Medikamentenplan ist zu finden, wo:
Die Versichertenkarte ist zu finden, wo:

Ort, Datum

Unterschrift
Teilnehmer/Bevollmächtigter

Erstellt durch: R. Schmidt Am: 28.02.2022	Geprüft durch: ohne Am: nicht vorgesehen	Freigabe durch: ohne Am: nicht vorgesehen
--	---	--