

Hausnotruf Aufnahme/ Ablaufplan



BRK Kreisverband Neumarkt
Klägerweg 9
92318 Neumarkt

Tel.: 09181/483-320
Fax: 09181/483-9320
hausnotruf.nm@brk.de

Kunde: <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr		Titel:	Geburtsdatum:	Terminvereinbarung zur Installation unter: Tel.: _____				
Name, Vorname: _____								
Straße / Hs. Nr.: _____		Stockwerk:	<input type="checkbox"/> EFH <input type="checkbox"/> MFH <input type="checkbox"/> BtW	Tagestaste (Intervall): <input type="checkbox"/> Ja: 25 Std. od. _____ <input type="checkbox"/> Nein				
PLZ / Ort-Ortsteil: /		E-Mail Adresse: _____		Telefon Festnetz: _____				
Telefon Mobil: _____		Telefon Mobil: _____		Kranken-, Pflegekasse: _____				
				Krankenversicherungsnummer.: _____				
				Pflegegrad vorhanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt <input type="checkbox"/> Ja, welcher _____				
Angaben und Informationen zu Ihrem Telefonanschluss:								
<input type="checkbox"/> Digitaler Festnetzanschluss <input type="checkbox"/> Festnetzanschluss über Mobilfunk <input type="checkbox"/> ISDN Festnetzanschluss, es muss eine „0“ vorgewählt werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
Wer ist Ihr Telefonanbieter:								
<input type="checkbox"/> Telekom <input type="checkbox"/> Vodafone <input type="checkbox"/> Kabel Deutschland <input type="checkbox"/> MNet <input type="checkbox"/> Brandlservices <input type="checkbox"/> Sonstiger _____								
Wie ist Ihr Telefon angeschlossen:								
<input type="checkbox"/> Dreifach TAE Dose <input type="checkbox"/> Router <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____								
Wir benötigen zum Anschluss des Hausnotrufgerätes einen Stromanschluss. Ist eine Stromversorgung in der Nähe des Telefonanschlusses vorhanden?								
Kontaktpersonen		Name, Adresse		Anschluss / Rufnummer				
1	<input type="checkbox"/> Sohn/Tochter <input type="checkbox"/> Nachbar <input type="checkbox"/> Verwandter <input type="checkbox"/>			Privat: Mobil: Dienstl.:				
	<input type="checkbox"/> tägl. Kontakt <input type="checkbox"/> hat Schlüssel					Privat: Mobil: Dienstl.:		
	<input type="checkbox"/> tägl. Kontakt <input type="checkbox"/> hat Schlüssel							Privat: Mobil: Dienstl.:
2	<input type="checkbox"/> Sohn/Tochter <input type="checkbox"/> Nachbar <input type="checkbox"/> Verwandter <input type="checkbox"/>							Privat: Mobil: Dienstl.:
	<input type="checkbox"/> tägl. Kontakt <input type="checkbox"/> hat Schlüssel							Privat: Mobil: Dienstl.:
	<input type="checkbox"/> tägl. Kontakt <input type="checkbox"/> hat Schlüssel							Privat: Mobil: Dienstl.:
3	<input type="checkbox"/> Sohn/Tochter <input type="checkbox"/> Nachbar <input type="checkbox"/> Verwandter <input type="checkbox"/>							Privat: Mobil: Dienstl.:
	<input type="checkbox"/> tägl. Kontakt <input type="checkbox"/> hat Schlüssel							Privat: Mobil: Dienstl.:
	<input type="checkbox"/> tägl. Kontakt <input type="checkbox"/> hat Schlüssel							Privat: Mobil: Dienstl.:
4	<input type="checkbox"/> Sohn/Tochter <input type="checkbox"/> Nachbar <input type="checkbox"/> Verwandter <input type="checkbox"/>							Privat: Mobil: Dienstl.:
	<input type="checkbox"/> tägl. Kontakt <input type="checkbox"/> hat Schlüssel							Privat: Mobil: Dienstl.:
	<input type="checkbox"/> tägl. Kontakt <input type="checkbox"/> hat Schlüssel							Privat: Mobil: Dienstl.:
5	Ansprechpartner ohne Hinterlegung							Privat: Mobil: Dienstl.:
	<input type="checkbox"/> Sohn / Tochter <input type="checkbox"/> Verwandter							Dienstl.:
	<input type="checkbox"/> tägl. Kontakt							
6	Pflegedienst PD			Dienstl.:				
	<input type="checkbox"/> tägl. Kontakt					Mobil:		
	Hausarzt HSA							Dienstl.:
7	<input type="checkbox"/> Dienstl.:							Mobil:

Bei Krankenhauseinweisung Info an: Kontaktperson 1 Kontaktperson 2 Kontaktperson 3 Kontaktperson 4

Die Verarbeitung Ihrer Daten entnehmen Sie bitte unserem Datenschutzhinweis im Vertrag.

Erstellt durch: S. Weidlich Am: 15.09.2025	Geprüft durch: ohne Am: nicht vorgesehen	Freigabe durch: ohne Am: nicht vorgesehen
---	---	--

Folgende Leistungen werden gewünscht und vereinbart (Preise ab 01.11.2025):

<input type="checkbox"/>	Hausnotruf Vertrag A „Basispaket“ Basisleistung SOSfon (ohne Sicherheitstaste, ohne Schlüsselhinterlegung, keine Helfereinsätze durch BRK inclusive, evtl. Fehleinsätze durch den Rettungsdienst werden in Rechnung gestellt)	25,50 € je Monat
<input type="checkbox"/>	Hausnotruf Vertrag B „Komfortpaket“ Basisleistung SOSfon ✓ 5 Helfereinsätze pro Jahr durch BRK inclusive ✓ Schlüsselhinterlegung in den BRK-Häusern oder im Schlüsseltresor vor Ort mit Zugriff durch Hintergrunddienst, ggf. Rettungsdienst	54,00 € je Monat + 59,00 € einmalig Organisationspauschale
<input type="checkbox"/>	Mobilruf Vertrag B „Komfortpaket“ (mit Ortungsfunktion außerhalb der Häuslichkeit) Basisleistung SOSfon ✓ 5 Helfereinsätze pro Jahr durch BRK inclusive ✓ Schlüsselhinterlegung in den BRK-Häusern oder im Schlüsseltresor vor Ort mit Zugriff durch Hintergrunddienst, ggf. Rettungsdienst	65,00 € je Monat + 59,00 € einmalig Organisationspauschale

Preise für Zubehör und sonstige Leistungen:

<input type="checkbox"/> SIM-Karte über BRK (wenn kein Festnetz vorhanden ist)	7,00 € je Monat
<input type="checkbox"/> Schlüsseltresor (zur Anbringung an der Wand bei der Haustüre)	40,00 € einmalig
<input type="checkbox"/> BRK-Rauchmelder	
- Miete je Rauchmelder inkl. der Nutzung der Aufschaltung auf die Hausnotrufzentrale über das Hausnotrufgerät	10,00 € je Monat
- Installation Rauchmelder bei bestehendem Hausnotrufanschluss (Nachrüstung)	15,00 € einmalig

Zubehör (falls die technischen Voraussetzungen vor Ort nicht vorhanden sind)

<input type="checkbox"/> Dreifach Stecker 1,5 Meter	10,00 €
<input type="checkbox"/> Dreifach Stecker 5 Meter	12,00 €
<input type="checkbox"/> Dreifach-TAE Adapter	15,00 €
<input type="checkbox"/> LAN Adapter	10,00 €

Sonstige Preise

<input type="checkbox"/> Funkfinger (bei Verlust oder zusätzlich)	115,00 €
<input type="checkbox"/> Verlust HNR Gerät	310,00 €
<input type="checkbox"/> Verlust Mobilrufgerät	446,00 €
<input type="checkbox"/> Anfahrtpauschale bei zusätzlichen Anfahrten	19,50 €

Helfereinsatz

(bei Vertrag A ab 1. Einsatz, bei Vertrag B ab 6. Einsatz pro Jahr) **80,00 € pro Einsatz**