

Hausnotruf

Checkliste für Ihren Inbetriebnahme-Termin

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserem BRK-Hausnotruf.

Wir freuen uns, in Kürze Ihren BRK-Hausnotruf bei Ihnen zu Hause in Betrieb zu nehmen.
Um diesen Termin so angenehm wie möglich gestalten zu können,
bitten wir Sie, im Vorfeld folgende Checkliste zu beachten.

Wir benötigen viele Daten von Ihnen, damit Ihr BRK-Hausnotruf gut funktioniert.
Bitte füllen Sie dafür am besten vorab unser Datenblatt vollständig aus
und senden Sie uns dieses zurück:

E-Mail: hausnotruf@kvtirschenreuth.brk.de

Fax: 09631 7075-27

Post: BRK Kreisverband Tirschenreuth, Egerstraße 21, 95643 Tirschenreuth

♥ Tipp ♥

Lassen Sie sich von Angehörigen oder vertrauten Personen unterstützen
und nehmen Sie sich ausreichend Zeit dafür.

Datenblatt ausgefüllt und zurückgesendet

Wir haben bei Ihrem Inbetriebnahme-Termin, neben der technischen Inbetriebnahme,
einen umfangreichen Vertrag mit Ihnen abzuschließen
und möchten Sie sicher in Ihren BRK-Hausnotruf einweisen.

♥ Tipp ♥

Nehmen Sie einen Angehörigen oder eine vertraute Person zum Inbetriebnahme-Termin hinzu.

Inbetriebnahme-Termin vereinbart

Mein Inbetriebnahme-Termin: _____

Bitte bereiten Sie folgendes für Ihren Inbetriebnahme-Termin vor:

- Telefon- bzw. DSL-Anschluss** (am Wunsch-Aufstellungsort)
- freie Steckdose** (am Wunsch-Aufstellungsort)
- (nachgemachter) **Schlüssel für das Schüsseldepot**
- Bankverbindung** (z. B. auf Girocard)
- Gesundheitskarte**
- ggf. Betreuerausweis, Vorsorgevollmacht oder Vollmacht**

Fragen? Rufen Sie uns an: 09631 2222. Wir sind für Sie da!

Datenblatt

(Anlage 1) Stand: 01.07.2023

Teilnehmer-
nummer:

Anschluss-
datum:

Abmelde-
datum:

<input type="checkbox"/> Basispaket	<input type="checkbox"/> mit GSM	<input type="checkbox"/> Mobilruf
<input type="checkbox"/> Tagestaste (Komfortpaket)	<input type="checkbox"/> Schlüsseldepot bei BRK (Komfortpaket)	<input type="checkbox"/> Schlüsseldepot vor Ort (Komfortpaket)
Schlüssel hinterlegung bei/in:		

A) Teilnehmerdaten

Anrede | Vorname | Nachname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefonnummer des Hausnotrufgerätes

Mobiltelefon- oder weitere Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Name der Pflegekasse

Versicherungsnummer

Pflegegrad

Sozialhilfeträger

Fördermitgliedsnummer

VdK-Mitgliedsnummer

B) Objektdaten

Einfamilienwohnhaus Mehrfamilienwohnhaus Betreutes Wohnen

Lage der Wohnung / Anfahrtshinweise

Etage / Wohnungsnummer

Weitere Personen im Haushalt: _____

Haustiere: _____

C) Ablaufplan(Zu benachrichtigende Personen nach Reihenfolge!)

Bezugsperson 1 / gesetzlicher Vertreter		
Name, Vorname		
Funktion / Bezugsart		
Straße Hausnummer		
PLZ Ort		
Telefon 1 (+ Ziel)		
Telefon 2 (+ Ziel)		
Telefon 3 (+ Ziel)		
E-Mail		
<input type="checkbox"/> Schlüssel	<input type="checkbox"/> Verfügbar für Hilfeleistung	Anfahrtszeit
<input type="checkbox"/> Täglicher Kontakt	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt	<input type="checkbox"/> Information nach Einsatz
Bemerkung		

Bezugsperson 2		
Name, Vorname		
Funktion / Bezugsart		
Straße Hausnummer		
PLZ Ort		
Telefon 1 (+ Ziel)		
Telefon 2 (+ Ziel)		
Telefon 3 (+ Ziel)		
E-Mail		
<input type="checkbox"/> Schlüssel	<input type="checkbox"/> Verfügbar für Hilfeleistung	Anfahrtszeit
<input type="checkbox"/> Täglicher Kontakt	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt	<input type="checkbox"/> Information nach Einsatz
Bemerkung		

Bezugsperson 3		
Name, Vorname		
Funktion / Bezugsart		
Straße Hausnummer		
PLZ Ort		
Telefon 1 (+ Ziel)		
Telefon 2 (+ Ziel)		
Telefon 3 (+ Ziel)		
E-Mail		
<input type="checkbox"/> Schlüssel	<input type="checkbox"/> Verfügbar für Hilfeleistung	Anfahrtszeit
<input type="checkbox"/> Täglicher Kontakt	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt	<input type="checkbox"/> Information nach Einsatz
Bemerkung		

Bezugsperson 4		
Name, Vorname		
Funktion / Bezugsart		
Straße Hausnummer		
PLZ Ort		
Telefon 1 (+ Ziel)		
Telefon 2 (+ Ziel)		
Telefon 3 (+ Ziel)		
E-Mail		
<input type="checkbox"/> Schlüssel	<input type="checkbox"/> Verfügbar für Hilfeleistung	Anfahrtszeit
<input type="checkbox"/> Täglicher Kontakt	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt	<input type="checkbox"/> Information nach Einsatz
Bemerkung		

Bezugsperson 5 / Pflegedienst		
Name, Vorname		
Funktion / Bezugsart		
Straße Hausnummer		
PLZ Ort		
Telefon 1 (+ Ziel)		
Telefon 2 (+ Ziel)		
Telefon 3 (+ Ziel)		
E-Mail		
<input type="checkbox"/> Schlüssel	<input type="checkbox"/> Verfügbar für Hilfeleistung	Anfahrtszeit
<input type="checkbox"/> Täglicher Kontakt	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt	<input type="checkbox"/> Information nach Einsatz
Bemerkung		

Hausarzt	
Name, Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	
Telefon 1	
Telefon 2 / mobil	
Fax	
E-Mail	
Bemerkung	

Integrierte Leitstelle:	<input type="checkbox"/> Nordoberpfalz	
-------------------------	--	--

D) Körperliche Einschränkungen und Erkrankungen

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gehbehinderung: | <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung
(<input type="checkbox"/> blind) | <input type="checkbox"/> Sprachstörung
(<input type="checkbox"/> stumm) | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit
(<input type="checkbox"/> taub) |
| <input type="checkbox"/> Körperliche
Behinderung | <input type="checkbox"/> Gleichgewichts-
probleme | <input type="checkbox"/> Herzprobleme |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Blutverdünnung |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Venenschwäche | <input type="checkbox"/> Thrombosegefahr |
| <input type="checkbox"/> Geschwüre | <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Anmerkungen: | <hr/> | |

E) 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 |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Anmerkungen: | |
-

F) Medikamente

Regelmäßige Einnahme:

Medikamentenallergien / -unverträglichkeit:

Medikamentenplan, wenn ja hier:

Vorsorgevollmacht, wenn ja hier/bei:

Patientenverfügung, wenn ja hier/bei:

G) Technische Voraussetzungen

Anbieter der Telekommunikationsleistung:

Technische Voraussetzungen des Hausnotrufanschlusses:

- Analoges Festnetzanschluss
 - Nachfolgeprodukt des analogen Sprachanschlusses (MSAN-POTS)
 - ISDN Festnetzanschluss
 - Breitbandanschluss mit auf dem Internet basierendem Telefonie-Service (VoIP)
 - Mobilfunkanschluss (GSM-Modul)
 - Full-IP
 -
-

Ich bin ausdrücklich auf folgende Umstände hingewiesen worden:

Die vereinbarten Leistungen können vom BRK nur dann erbracht werden, wenn der Notruf in der Zentrale eingeht, das heißt wenn zwischen Hausnotrufgerät und Hausnotrufzentrale eine genügend stabile oder andauernde Verbindung hergestellt wird. Hierzu sind die Funktionsfähigkeit des Fernsprech- und / oder Datennetzes sowie die Funktionsfähigkeit externer Geräte, die zwischen Fernsprech- oder Datennetz und Hausnotrufgerät geschaltet werden, wie zum Beispiel Router, erforderlich. Soweit Schäden aus entsprechenden Störungen oder Ausfällen entstehen, die außerhalb des Einflussbereichs des BRK liegen, ist eine Haftung ausgeschlossen. Bei einem Wechsel der Anschlussart muss ich das BRK in jedem Fall informieren.

H) Geräteausstattung

Mietgerät (Name):

Gerätenummer:

1) TeleAlarm / Bosch HTS 62 EU

TeleAlarm TA74

TeleAlarm TA74 GSM DE

2) TeleAlarm / Bosch Funkfinger

3) SIM-Karte

4)

5)

Ich bestätige hiermit, dass ich eine Einweisung auf das Hausnotrufgerät samt Funkfinger und gegebenenfalls alle Zusatzkomponenten (wie vorstehend und im Vertrag aufgeführt) durch den Mitarbeiter des BRK erhalten habe. Die Funktionstüchtigkeit des Hausnotrufgerätes wurde durch einen Probealarm geprüft. Der Probealarm wurde jeweils durch das Hausnotrufgerät (rote Taste), den Funkfinger und gegebenenfalls durch die weiteren Zusatzkomponenten ausgelöst.

I) Schlüsseldepot

Schlüsseldepot bei BRK

Hiermit beauftrage ich den Hausnotrufdienst des Bayerischen Roten Kreuzes nachfolgend bezeichnete Schlüssel für mich zu verwahren. Diese Hinterlegung ist an meine Teilnahme am Hausnotrufdienst gebunden. Damit soll im Notfall eine rasche Hilfe ermöglicht und ein Aufbrechen der Wohnungstür, wenn möglich, verhindert werden. Bei Änderungen an den Schlössern veranlasst der Teilnehmer einen Austausch der entsprechenden Schlüssel durch den Hausnotrufdienst.

Schlüssel wird vom Teilnehmer nachgereicht. (Die Haftung liegt beim Teilnehmer.)

Schlüsselbezeichnung / -nummer:	<u>Übergabe</u> (Datum, Unterschrift BRK)	<u>Rückgabe</u> (Datum, Unterschrift Teilnehmer / gesetzlicher Vertreter)
1)		
2)		
3)		

Schlüsseldepot vor Ort

Die Schlüssel werden statt der Schlüsselhinterlegung hier zur Verfügung gestellt:

Schlüsseltresor (Hinweis: PIN = letzten vier Ziffern der Teilnehmernummer!)

Folgende Personen sind berechtigt, die vorstehend aufgeführten Schlüssel nach Vertragssende in Empfang zu nehmen:

Name, Vorname	
Funktion	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	
Telefon 1 (+ Ziel)	
Telefon 2 (+ Ziel)	
E-Mail	

Name, Vorname	
Funktion	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	
Telefon 1 (+ Ziel)	
Telefon 2 (+ Ziel)	
E-Mail	

Alle im Zusammenhang mit diesem Vertrag erfassten Daten werden gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen gespeichert und nur zur Erfüllung des Vertragszweckes gemäß Bundesdatenschutzgesetz /DSGVO verwendet (Anlage 13). Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (Anlage 12).

Ort, Datum

Ort, Datum



Unterschrift Teilnehmer / gesetzlicher Vertreter



Unterschrift BRK-Außendienstmitarbeiter

Name, Vorname des BRK-Außendienstmitarbeiters

Abonementnummer (UMO):	
Debitorennummer (ProfSys):	

Grund Vertragsende:

- Umzug außerhalb des Landkreises Tirschenreuth
 - Umzug in stationäre Pflegeeinrichtung
 - Verstorben
 - Anbieterwechsel
 -
-