

② ERGÄNZENDE INFORMATIONEN (FREIWILLIG)

Alle Informationen und Angaben, die Sie uns auf diesem Beiblatt mitteilen, sind freiwillig (nicht verpflichtend). Diese Angaben können uns bei der Bearbeitung Ihrer Meldungen hilfreich sein.

Sämtliche erfassten Daten werden gem. den Datenschutzbestimmungen gespeichert und nur zur Erfüllung des Vertragszweckes verwendet. Die Speicherung von weitergehenden Informationen, wie z. B. Grunderkrankungen, erfolgt nur auf Wunsch des Kunden zur Erfüllung des Vertragszweckes. Jede Verwendung von Daten erfolgt gem. den Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten gemäß §§ 67 bis 85a SGB XI.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Mein Name ist (Vitakt-Kunde):

Vor-/Name:

Mein Gesundheitszustand:

Allergien, wenn ja, welche	Bettlägerig	Herzschrittmacher	Sehbehinderung
	Blutverdünner	Infektionskrankheiten	Sprachstörungen
	Depressionen	MS	Taubheit
	Demenz Alzheimer	Parkinson	andere Erkrankungen bzw. Bemerkungen:
	Diabetiker	Schlaganfall gefährdet (z.B. hoher Blutdruck)	
	Dialyse Patient		
Asthmatiker	Herzinfarkt gefährdet	Hörgerät	

Wichtige Informationen für den Notarzt:

Meine pflegerische Versorgung:

Pflegerische Einsätze (wie oft und zu welchen Zeiten?):

Durch Pflegedienst (Name und Telefon) oder evtl. VP-Nr.:

Mein Hausarzt (Name/Telefon):

Mein Lebensumfeld:

Mein Mitbewohner (z.B. Ehepartner): Vorname: Name:
Geb.Datum:

Mein Haustier (Name/Art):

Meine Wohnsituation:

Einfamilienhaus	Doppelhaus, Eingang links rechts
Mehrfamilienhaus, die Wohnung befindet sich in der	Etage links rechts
BeWo, die Wohnung Nr. befindet sich in der	Etage links rechts

Schlüsselversteck:

Meine Anmerkungen/Notizen/weitere Personen für die Kontaktliste: