

Datenerfassungsblatt



ID-Nummer: <input type="text"/> Kreisverband: Kusel Erfasst am: <input type="text"/>	GERÄTETYP: JAMES Notrufuhr / NOVO/IP 4 G Verbindungsart: GPS / GSM <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name ✖	Vorname ✖	Geb.Datum ✖	Pflegegrad ✖
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ohne
Weiterer Teilnehmer(in): <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Straße ✖	Nummer ✖	Etage ✖	Wohn.Nr.: ✖
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLZ ✖	Ort ✖	Betr. Wohnanlage <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefonnummer1: ✖	Telefonnummer2: ✖	Tel. 3 oder Fax ?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Krankenkasse: ✖	Versicherungsnummer: ✖
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rettungswache(n):	<input type="text"/> Wohnungschlüssel vorhanden: <input type="checkbox"/> Schlüsselpos.: <input type="text"/>	<input type="text"/> Wohnungschlüssel vorhanden: <input type="checkbox"/> Schlüsselpos.: <input type="text"/>
--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wichtig (nur einsatzrelevante Informationen eintragen !!) ✖
<input type="text"/>

Gesundheit: ✖
<input type="text"/>

bitte Medikamente ankreuzen oder Medikamentenplan beilegen

<input type="checkbox"/> 1.TLN Blutverdüner <input type="checkbox"/> 2.TLN	<input type="checkbox"/> 1.TLN 2.TLN Starke Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> 1.TLN 2.TLN Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/> 1.TLN 2.TLN Blutdrucksenker	<input type="checkbox"/> 1.TLN 2.TLN blutzuckersenkende Medikamente
<input type="checkbox"/> 1.TLN Antiarrhythmika (Herzrhythmusstörungen) <input type="checkbox"/> 2.TLN	<input type="checkbox"/> 1.TLN 2.TLN Bronchienweiternd (Asthmatiker)	<input type="checkbox"/> 1.TLN 2.TLN Neuroleptika (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/> 1.TLN 2.TLN Med.Unverträglichkeit (Grund in „Wichtig“ eintragen!)	

✘ Kontaktperson 1 : Kontakttyp:

Name: []	Vorname: []
Straße: []	PLZ Ort: [] []
Telefon 1: [] dienstl. <input type="checkbox"/>	Telefon 2: [] dienstl. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> auch nachts verfügbar <input type="checkbox"/> Schlüssel vorhanden	Kontaktnotiz: [] E-Mail: []

✘ Kontaktperson 2 : Kontakttyp:

Name: []	Vorname: []
Straße: []	PLZ Ort: [] []
Telefon 1: []	Telefon 2: []

dienstl. <input type="checkbox"/>	dienstl. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> auch nachts verfügbar <input type="checkbox"/> Schlüssel vorhanden	Kontaktnotiz: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/>

✘ **Kontaktperson 3 :** Kontakttyp: _____

Name: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>
Straße: <input type="text"/>	PLZ Ort: <input type="text"/> <input type="text"/>
Telefon 1: <input type="text"/>	Telefon 2: <input type="text"/>
dienstl. <input type="checkbox"/>	dienstl. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> auch nachts verfügbar <input type="checkbox"/> Schlüssel vorhanden	Kontaktnotiz: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/>

✘ **Kontaktperson 4 :** Kontakttyp: |

Name: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>
Straße: <input type="text"/>	PLZ Ort: <input type="text"/> <input type="text"/>
Telefon 1: <input type="text"/>	Telefon 2: <input type="text"/>
dienstl. <input type="checkbox"/>	dienstl. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> auch nachts verfügbar <input type="checkbox"/> Schlüssel vorhanden	Kontaktnotiz: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/>

✘ **Kontaktperson 5 :** Kontakttyp:

Name: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>
Straße: <input type="text"/>	PLZ Ort: <input type="text"/> <input type="text"/>
Telefon 1: <input type="text"/>	Telefon 2: <input type="text"/>

dienstl. <input type="checkbox"/>	dienstl. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> auch nachts verfügbar <input type="checkbox"/> Schlüssel vorhanden	Kontaktnotiz: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/>

Achtung:

Die Bankverbindung ist für die HNR-Zentrale völlig unerheblich und wird lediglich bei Bedarf vom jeweiligen Kreisverband für dessen Unterlagen erfasst!

X IBAN _____

X Kreditinstitut _____

Durch Unterschrift dieser Datenerfassung und Weitergabe an das DRK Kusel kommt ein rechtsverbindliches Angebot zu Stande. Bei jeglicher Art von Stornierung oder Absage des Auftrages fallen Bearbeitungsgebühren/ Installationsgebühren laut DRK-Preisliste an.

Alle genannten Kontaktpersonen wurden informiert über die Aufnahme ihrer persönlichen Daten sowie über die Bedeutung der Aufnahme in die Datenbank der DRK Service- und Notrufzentrale.

Ich wurde über die EU-Datenschutz-Grundverordnung informiert und erlaube ausdrücklich die Nutzung und Erfassung der hier erfassten Daten im Rahmen der EU-DSG-VO zur Datenspeicherung und Notfallbearbeitung.

Ort, Datum

Unterschrift (Teilnehmer)

X
