

Teilnehmernummer

- siehe Geräteunterseite -

Gerätetyp	
<input type="checkbox"/> ConDigi Reflex II	<input type="checkbox"/> ConDigi Anna
<input type="checkbox"/> ConDigi Anna GSM	<input type="checkbox"/> Tunstall Lifeline Vi
Protokoll	
<input type="checkbox"/> CPC New	<input type="checkbox"/> Tunstall TTNew

- Neuanschluss
 Änderung
 Rauchmelder

Name/Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Geb.-Dat.:

Mehrfamilienhaus () Etage

Bezugspersonen:

Name	Wegzeit in Minuten	Telefon	Schlüssel	
			ja	nein
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusätzlich bei Alarmauslösung auch Info an:

Name

Telefon

--	--

Hausarzt (Tel.)

zuständige Rettungsleitstelle mit Telefon-Nr.
(wird von ASD Hausnotruf GmbH ausgefüllt)

Mitbewohner

Besondere Wohnverhältnisse

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle | <input type="checkbox"/> Herzinfarktgefährdet |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörig | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfallgefährdet |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Angstzustände | <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Herzkranz-
verengung | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Gehbehinderung |

Schlüsselsafe Nummer

sonstiges _____

Standort Schlüsselsafe

Wichtige Medikamente:

Unverträgliche Medikamente:

Datum:

Unterschrift: