

## Teilnehmernummer

- siehe Geräteunterseite -

Gerätetyp  
 Tunstall Connect     Tunstall Smart Hub  
 Tunstall Lifeline VI     Protokoll  
 Tunstall Lifeline VI +     TT21-ST

- Neuanschluss  
 Änderung  
 Rauchmelder

Name/Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Geb.-Dat.:

Mehrfamilienhaus (    ) Etage

Bezugspersonen:

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

Zusätzlich bei Alarmauslösung auch Info an:

Name

Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Hausarzt (Tel.)

Mitbewohner

Besondere Wohnverhältnisse

Schlüsselsafe Nummer

Standort Schlüsselsafe

Wichtige Medikamente:

Datum:

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

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <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-<br>verengung | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Gehbehinderung                              |

sonstiges

Unverträgliche Medikamente:

Unterschrift: