



# Gesellschaft für Hausnotruf mbH Sachsen-Anhalt

Gerätetyp:	Bitte alle 6 Wochen einen Testruf mit dem Funksender durchführen	ID-Nummer
Geräte-Nr.:		

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

## Kontaktpersonen, Reihenfolge der Benachrichtigung

Name	Telefon		Verhältnis Pflege / Kinder usw.
Schlüsseltresor-Code		Ja / Nein	
		Ja / Nein	
		Ja / Nein	
		Ja / Nein	
		Ja / Nein	
		Ja / Nein	
		Ja / Nein	

## Besonderheiten zum Wohnsitz

**Standort der Geräte:** Telefon: \_\_\_\_\_ Hausnotruf: \_\_\_\_\_

### Vorerkrankungen / Vitalbild

- |                                       |   |                                     |
|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Schwerhörig     | <input type="radio"/> Herzkrankheiten       | <input type="radio"/> Blutverdünner |
| <input type="radio"/> Schlaganfall    | <input type="radio"/> Diabetes mit Spritzen | <input type="radio"/> Sprachstörung |
| <input type="radio"/> Bettlägerigkeit | <input type="radio"/> Rollstuhl / Gehhilfe  | <input type="radio"/> Allergie      |

## Sonstige Informationen

### Gebühren

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Grundgebühr pro angefangenen Monat _____ | <input type="radio"/> Einmalige Installationspauschale _____                 |
| <input type="radio"/> Kostenzusage der Pflegekasse liegt vor   | <input type="radio"/> Schlüssel-Bereitschaftsdienst pro Monat _____          |
| <input type="radio"/> Zusatzleistung Funkmodul pro Monat _____ | <input type="radio"/> Pauschale für Batterien von _____ € pro Jahr berechnet |
| <input type="radio"/> Sonstige Zusatzleistungen: _____         |  |

## SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger ID DE52 8104 0000 0255 6405 00 Commerzbank

Mandatsreferenz: Hausnotruf- \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ ID-Nummer \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_

IBAN DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Ich ermächtige die Ges. f. Hausnotruf mbH, alle anfallenden Zahlungen zum Hausnotrufdienst von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von GfH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Ich bestätige die Richtigkeit des Alarmierungsplanes und den funktionstüchtigen Erhalt des Hausnotrufgerätes. Die umseitigen Vertragsbedingungen habe ich gelesen. Eine Kopie habe ich erhalten. Das Hausnotrufgerät ist unverzüglich nach Vertragsbeendigung zurückzusenden. Durch verspätete Rücksendungen entstehende Mehrkosten trägt der Teilnehmer.**

Datum, Unterschrift Teilnehmer

Datum, Unterschrift Ges. f. Hausnotruf mbH