




Gesellschaft für Hausnotruf mbH

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