

Datenerfassungsblatt



ID-Nummer: Kreisverband: Germersheim Erfasst am:	Gerätetyp:	Per.Testalarm:	Tage (0-99)
	Tagestaste: 12 h <input type="checkbox"/> 24 h <input type="checkbox"/> Nein: <input checked="" type="checkbox"/>		
	Verbindungsart: Mobil: <input type="checkbox"/> GSM: <input type="checkbox"/> Festnetz: <input checked="" type="checkbox"/> VOIP: <input type="checkbox"/>		
	Protokoll: _____		
	1. einprogr. AlarmNr: _____		
	Provider: _____		
MenueService? <input type="checkbox"/> Tel:Nr:			

Name	Vorname	Geb.Datum	Pflegegrad
			ohne
Weiterer Teilnehmer(in):			

Straße	Nummer	Etage	Wohn.Nr:

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

Telefonnummer1:	Telefonnummer2:	Tel. 3 oder Fax ?

Krankenkasse:	Versicherungsnummer:

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

Wichtig (nur einsatzrelevante Informationen eintragen !!)

Gesundheit:

Medikamente: - Bitte ankreuzen! -

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

Kontaktperson 1 : Kontakttyp: _____

ID:

Name: HNR Team	Vorname:
Straße: Hans-Graf-Sponeck-Straße 33	PLZ Ort: 76726 Germersheim
Telefon 1: 0172-3177036 dienstl. <input type="checkbox"/>	Telefon 2: dienstl. <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> auch nachts verfügbar <input checked="" type="checkbox"/> Schlüssel vorhanden	Kontaktnotiz: E-Mail: hnr-team@drk-kv-germersheim.de

Kontaktperson 2 : Kontakttyp: _____

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ Ort:
Telefon 1: dienstl. <input type="checkbox"/>	Telefon 2: dienstl. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> auch nachts verfügbar	Kontaktnotiz:

<input type="checkbox"/> Schlüssel vorhanden	E-Mail:
--	---------

Kontaktperson 3 : 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 4 : Kontakttyp: _____ ID:

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 5 : Kontakttyp: **Arzt**

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:
--	----------------

Achtung:

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

Kontonummer:	Institut:	BLZ:

Interne Notizen :

--

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)
