

Kreisverband KV Erlangen-Höchstadt	Hausnotrufgerät – Identnummer ID N-00000	Kundennummer KD
--	--	---------------------------

Name, Vorname : _____
Straße, Nr. : _____
PLZ, Ort : _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

A. Körperliche Einschränkungen und Erkrankungen

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blutverdünnung | <input type="checkbox"/> Herzprobleme | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Thrombosegefahr | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Jahr | <input type="checkbox"/> Schlaganfall, Jahr | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis (COPD) | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes, Typ |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) | <input type="checkbox"/> Gehbehinderung | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung, <input type="checkbox"/> stumm | <input type="checkbox"/> schwerhörig, <input type="checkbox"/> taub | <input type="checkbox"/> sehbehindert, <input type="checkbox"/> blind |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Arthrose, <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Geschwüre, offenes Bein |
- sonstige Körperliche Einschränkung _____
 weitere Anmerkungen _____

B. Geistige / neurologische Einschränkungen und Erkrankungen

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Verwirrtheit | <input type="checkbox"/> geistige Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Parkinson |
- weitere Anmerkungen _____

C. Medikamente

Regelmäßige Einnahme:

Medikamentenallergie / -unverträglichkeit

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer

Unterschrift BRK