

## 2 Ergänzende Informationen

Name/Vorname:

Call-Nr. (wird von ART Hausnotruf ausgefüllt)

Sämtliche, im Zusammenhang mit diesem Vertrag erfassten Daten, werden gemäß den Datenschutzbestimmungen gespeichert und nur zur Erfüllung des Vertragszweckes verwendet. Die Speicherung von weitergehenden Informationen, wie z. B. Grunderkrankungen, erfolgt nur auf Wunsch des Teilnehmers zur Erfüllung des Vertragszweckes. Jede Verwendung von Daten erfolgt gemäß den Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten gemäß §§ 67 bis 85 a SGB XI.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer               | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt gefährdet                | <input type="checkbox"/> Schlaganfall gefährdet |
| <input type="checkbox"/> Angstzustände           | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                    | <input type="checkbox"/> Schwächeanfälle        |
| <input type="checkbox"/> Asthmatiker             | <input type="checkbox"/> Hörgerät                             | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit        |
| <input type="checkbox"/> Depressionen            | <input type="checkbox"/> Infusions Patient                    | <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle       |
| <input type="checkbox"/> Desorientierung         | <input type="checkbox"/> Inkontinenz                          | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung         |
| <input type="checkbox"/> Diabetiker              | <input type="checkbox"/> Katheter                             | <input type="checkbox"/> Sehhilfe               |
| <input type="checkbox"/> Demenz                  | <input type="checkbox"/> MS                                   | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen        |
| <input type="checkbox"/> Gebiss                  | <input type="checkbox"/> Nachlassen/Störungen der Feinmotorik | <input type="checkbox"/> Sprechhilfe            |
| <input type="checkbox"/> Gehbehinderung          | <input type="checkbox"/> Prothesen                            | <input type="checkbox"/> Sturzgefahr            |
| <input type="checkbox"/> Gehhilfen               | <input type="checkbox"/> Rollstuhl                            | <input type="checkbox"/> Taubheit               |
| <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen |   |   |

Hausarzt (Telefon):

Mitbewohner (z. B. Ehepartner):

Haustiere/Name:

Besondere Gewohnheiten:

Besondere Wohnverhältnisse (z. B. steile Treppe):

Pflegerische Einsätze (wie oft und zu welchen Zeiten?):

Deponierung des Schlüssels (Schlüsselversteck):

Ihre besonderen Wünsche:

---

## ART Hausnotruf-Fragebogen

**Frage 1:** Ist eine Stromdose in der Nähe der Telefondose?  
 Ja.  
 Nein, die Steckdose ist ca. \_\_\_\_\_ Meter entfernt.  
Ein Stromverlängerungskabel (3 m) – einmalig € 5,13 – kann auf dem ART Hausnotruf-Basisvertrag bestellt werden.

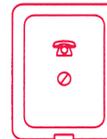
**Frage 2:** Wie viele Telefonanschlüsse befinden sich in Ihrer Wohnung?  
Anzahl der Telefonanschlüsse: \_\_\_\_\_

**Frage 3:** Ist das Telefon der Nähe der Telefondose (2 m)?  
 Ja.  
 Nein, mein Telefon ist ca. \_\_\_\_\_ Meter von der Telefondose entfernt.  
Ein Postverlängerungskabel (6 m) – einmalig € 5,13 – kann auf dem ART Hausnotruf-Basisvertrag bestellt werden.

**Frage 4:** Welche Postdose ist bei Ihnen installiert?

a) Bei dieser Postdose beauftragen Sie bitte die Telekom AG unter der Rufnummer 0800 – 330 1000 oder rufen Sie uns an.

a)



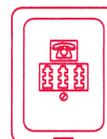
b)

b) Bei dieser Postdose senden wir Ihnen gerne einen Adapter (Stecker) mit. Damit sind alle Voraussetzungen erfüllt. Der Adapter kostet einmalig € 10,52.



c)

c) Diese 3-fach TAE-NFN Postdose ist richtig.



Sollte Ihre Postdose nicht den hier abgebildeten entsprechen, wenden Sie sich bitte an uns: 030 – 895 800 22

**Frage 5:** Möchten Sie oder eine Person Ihres Vertrauens das ART Hausnotruf-System selber anschließen?

Ja, bitte schicken Sie das ART Hausnotruf-System an die unten aufgeführte Person:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Nein, bitte kümmern Sie sich darum, dass ein ART Hausnotruf-Partner das ART Hausnotruf-System anschließt.

(Bitte tragen Sie hier den Namen Ihrer Pflegeeinrichtung oder einer betreuenden Person ein).

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

---

Bitte den Fragebogen ausgefüllt zurückschicken!