

	<h1>Telesoccorso</h1>	Documento Direzione
Redatto: DG Verificato: Approvato:	Antragsformular Telesoccorso	3 settembre 2013

Angaben zum Antragsteller
Arzt, Hauspflegedienst...

Name: _____ Vorname: _____ Hauspflegedienst: _____
 Geb Datum: _____ Familienstand: _____ Andere Hilfe: _____
 Sprache: _____ Strasse nr: _____ Hausarzt: _____
 PLZ: _____ Wohnort: _____ Facharzt: _____
 Telefon: _____ Mobile: _____ Telefonsteckdose extrahierbar: Ja Nein
 Krankenkasse: _____ Versicherung: _____ Steckdose 220 V in der Nähe: Ja Nein
 Art der Wohnung: _____ Stock: _____ Interessiert: Neo Casa Nemo Mobile GPS
Neo GSM

BEI BEDARFSFALL DIE KONTAKTPERSONEN IN DER FOLGENDEN REIHENFOLGE ANRUFEN:

Name	Vorname	PLZ	Wohnort	Verhältnis	Telefon	Mobile	Schlüssel
							Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
							Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
							Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
							Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
							Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
							Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Diagnose: _____ Medikamente: _____

Allergien: _____

Kontaktperson für die Installation: _____ Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: _____