

	<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: \_\_\_\_\_