Stammdatenblatt

Seite 1

provita
Alltagsassistenz Deutschland GmbH

Teilnehmerdaten

Pflegegrad ☐ Ja ☐ Nein

Name:	Vorname:
Anrede: / Titel:	Geburtsdatum:
Straße / Nr.:	PLZ / Ort (mit Stadtteil):
Telefon (Festnetz):	Telefon (mobil):
E-Mail:	Lage der Wohnung (Etage):

Angaben zum Vitalbild:

- ☐ Asthma
- ☐ Osteoporose
- ☐ Arthrose
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Z. n. Herzinfarkt
- ☐ Z. n. Schlaganfall
- ☐ Demenz
- ☐ Diabetes
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Sehbehindert
- ☐ Schwerhörig / Hörgerät
- ☐ Gehbehindert
- ☐ Rollator / Rollstuhl
- ☐ Bettlägerig
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Psychische Erkrankungen
- ☐ Blutverdünner
- ☐ Sonstiges

_____

_____

☐ Unverträglichkeiten

_____

_____

☐ Allergien

_____

_____

☐ Größe / Gewicht

_____

_____

Bezugsperson 1 (mind. 1 Bezugsperson - gleichzeitig Alarmisierungsreihenfolge)

Name:	Vorname:
Anrede: / Titel:	Geburtsdatum:
Straße/ Nr.:	PLZ / Ort (mit Stadtteil):
Telefon (Festnetz):	Telefon (mobil):
Beziehung ☐ Sohn ☐ Tochter ☐ Nachbar/in ☐ Bekannte/r ☐ Sonstige: _____	E-Mail:
Schlüssel ☐ Ja ☐ Nein	Anfahrtzeit:

Bezugsperson 2

Name:	Vorname:
Anrede: / Titel:	Geburtsdatum:
Straße/ Nr.:	PLZ / Ort (mit Stadtteil):
Telefon (Festnetz):	Telefon (mobil):
Beziehung ☐ Sohn ☐ Tochter ☐ Nachbar/in ☐ Bekannte/r ☐ Sonstige: _____	E-Mail:
Schlüssel ☐ Ja ☐ Nein	Anfahrtzeit:

PV003_Mai 2020

Stammdatenblatt

Seite 2

provita
Alltagsassistenz Deutschland GmbH

Bezugsperson 3

Name:

Vorname:

Anrede:

Titel:

Geburtsdatum:

Straße/ Nr.:

PLZ / Ort (mit Stadtteil):

Telefon (Festnetz):

Telefon (mobil):

Beziehung ☐ Sohn ☐ Tochter ☐ Nachbar/in ☐ Bekannte/r ☐ Sonstige: _____

E-Mail:

Schlüssel ☐ Ja ☐ Nein

Anfahrtzeit:

Beauftragte / vorhandene berufliche Hilfspersonen

Hausarzt – Name:

Vorname:

Straße/ Nr.:

PLZ/ Ort:

Telefon:

Pflegedienst* – Name:

Vorname:

Straße/ Nr.:

PLZ/ Ort:

Telefon:

Schlüssel ☐ Ja ☐ Nein

*falls vorhanden

Betreuer* – Name:

Vorname:

Straße/ Nr.:

PLZ/ Ort:

Telefon:

Schlüssel ☐ Ja ☐ Nein

*falls vorhanden

Hiermit bestätige ich Vorname: _____ Name: _____ ,

dass die vorstehend von mir gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Sollten sich zukünftig wichtige medizinische Daten und/oder Ansprechpersonen oder deren Kontaktdaten verändern, **so werde ich den Vertragspartner die Provita Alltagsassistenz Deutschland GmbH unverzüglich schriftlich hierüber informieren.**

Hiermit erteile ich zudem die Genehmigung, die vorgenannten Daten mittel EDV zu verarbeiten, an die Notrufzentrale weiterzugeben und zu speichern, alle Daten werden nach Beendigung des Vertragsverhältnisses komplett und unwiderruflich gelöscht.

Ort / Datum

✗

Unterschrift des Kunden

Die angegebenen Daten werden unter Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) in der Notruf-Zentrale gespeichert und nicht an Unbefugte weitergegeben.