

Vertrags-/Kundennummer \_\_\_\_\_

## Anlage 1 – Kontaktpersonen/Ablaufplan

### Ablaufplan

Im Falle einer Notsituation informieren wir die erforderlichen Stellen. Das kann eine Bezugsperson (Reihenfolge 1-3), Bereitschaftsdienst sowie Notarzt und/oder Rettungskräfte sein. Ihr (Haus-)notrufgerät ist so voreingestellt, dass an erster Stelle die Hausnotrufzentrale kontaktiert wird.

#### Bezugsperson 1

Vollständiger Name	_____	Hausnummer	_____
Straße	_____	Ort (Stadt)	_____
Postleitzahl	_____	Telefonnummer 1	_____
Telefon-Anschluss 1	Festnetz	Telefonnummer 2	_____
Telefon-Anschluss 2	Mobiltelefon		
E-Mail Adresse	_____		
Art der Hilfsperson	Kontaktperson	Verhältnis zu TN	_____
Fahrzeit in Minuten	_____	Schlüssel	<input type="checkbox"/>

#### Bezugsperson 2

Vollständiger Name	_____	Hausnummer	_____
Straße	_____	Ort (Stadt)	_____
Postleitzahl	_____	Telefonnummer 1	_____
Telefon-Anschluss 1	Festnetz	Telefonnummer 2	_____
Telefon-Anschluss 2	Mobiltelefon		
E-Mail Adresse	_____		
Art der Hilfsperson	Kontaktperson	Verhältnis zu TN	_____
Fahrzeit in Minuten	_____	Schlüssel	<input type="checkbox"/>

#### Bezugsperson 3

Vollständiger Name	_____	Hausnummer	_____
Straße	_____	Ort (Stadt)	_____
Postleitzahl	_____	Telefonnummer 1	_____
Telefon-Anschluss 1	Festnetz	Telefonnummer 2	_____
Telefon-Anschluss 2	Mobiltelefon		
E-Mail Adresse	_____		
Art der Hilfsperson	Kontaktperson	Verhältnis zu TN	_____
Fahrzeit in Minuten	_____	Schlüssel	<input type="checkbox"/>

Vertrags-/Kundennummer \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Vollständiger Name	_____		
Straße	_____	Hausnummer	_____
Postleitzahl	_____	Ort (Stadt)	_____
Telefon-Anschluss 1	Festnetz	Telefonnummer 1	_____
Telefon-Anschluss 2	Mobiltelefon	Telefonnummer 2	_____
E-Mail Adresse	_____	Art der Hilfsperson	Arzt

### Pflegedienst

Vollständiger Name	_____		
Straße	_____	Hausnummer	_____
Postleitzahl	_____	Ort (Stadt)	_____
Telefon-Anschluss 1	Festnetz	Telefonnummer 1	_____
Telefon-Anschluss 2	Mobiltelefon	Telefonnummer 2	_____
Telefon-Anschluss 3	_____	Telefonnummer 3	_____
E-Mail Adresse	_____		
Art der Hilfsperson	Pflegedienst	Schlüssel	<input type="checkbox"/>

### Gesetzlicher Vertreter

Anrede	_____	Titel	_____
Vorname	_____	Nachname	_____
Geburtsdatum	_____		
Straße	_____	Hausnummer	_____
Postleitzahl	_____	Ort (Stadt)	_____
Telefon-Anschluss 1	Festnetz	Telefonnummer 1	_____
Telefon-Anschluss 2	Mobiltelefon	Telefonnummer 2	_____
Telefon-Anschluss 3	_____	Telefonnummer 3	_____
E-Mail Adresse	_____		