

Neuvertrag Änderung von Stammdaten

Bitte ausgefüllt und unterschrieben **zurückschicken an EnoCom GmbH, Lauterbergstr. 1-5, 76137 Karlsruhe**, per Fax an **0721 / 2011 2412** oder per E-Mail an **info@enomobil.de**.

Alle hier gemachten Angaben dienen der Notruf- und Servicezentrale zur Bearbeitung und Abwicklung von Anrufen im Rahmen des gebuchten Notruf- und Servicepaketes GenoFon Aktiv. Eine Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der nachfolgenden Angaben findet nur im Rahmen der beiliegenden Leistungsbeschreibung, der AGBs und dem bestehenden Service-Vertrag statt.

WICHTIG: Bitte geben Sie jede Änderung / Aktualisierung Ihrer Angaben sofort schriftlich bekannt, um stets bestmögliche Betreuung zu gewährleisten!

Persönliche Daten

Persönliches Kundenkennwort
(dient auch zur Freigabe einer Positionsbestimmung durch Dritte)

Herr Frau Kind Titel

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

E-Mail

Mitbenutzer / Angehörige im Benachrichtigungsfall

1. Person

2. Person

Hat Hausschlüssel

ja nein

ja nein

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Rufnummer/n

Verwandtschaftsgrad

Dieser Person dürfen die GPS-Koordinaten im Notfall durchgegeben werden

ja nein

ja nein

Bekannte / Nachbarn

	1. Person	2. Person
Hat Hausschlüssel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorname, Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dieser Person dürfen die GPS-Koordinaten im Notfall durchgegeben werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sonstige (Bsp. Apotheke, Pflegedienst, Kindergarten, Schule)

	1. Institution	2. Institution
Beschreibung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dieser Person dürfen die GPS-Koordinaten im Notfall durchgegeben werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ärzte

	Hausarzt	Behandelnder Arzt (Internist, Kardiologe)
Vorname, Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rufnummer/n	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Haus-/Facharzt-Kennwort	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bestätigung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben und gebe die Einverständniserklärung zur Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten im Rahmen des bestehenden Service-Vertrags, dessen Inhalt mir bekannt ist. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte wird nur gestattet, soweit dies für die Erfüllung der Pflichten aus dieser Vereinbarung notwendig ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Ab hier nur ausfüllen, wenn Sie das Standard- oder das Komfortpaket gebucht haben.

Allgemeine Informationen

Größe / Gewicht

Blutgruppe /
Rh-EigenschaftNikotin
(tägl. Menge)Allergien /
UnverträglichkeitenMedikamenten-
unverträglichkeit

- Ja, ich habe eine Medikamentenunverträglichkeit gegen: _____
 Nein, ich habe keine Medikamentenunverträglichkeit.

Blutverdünner

- Ja, ich nehme Blutverdünner. Und zwar: _____
 Nein, ich nehme keinen Blutverdünner.

Ich nehme folgende weitere Medikamente regelmäßig: (Angabe Medikament / Dosierung)

Weitere
Medikamente

Medizinische Daten

Blutdruck in Ruhe

Puls in Ruhe

Herzerkrankungen / Gefäßerkrankungen

Erkrankung seit _____

Angina pectoris

- in Ruhe
 unter Belastung

Arterielle Gefäßerkrankungen (Bein-, Halsgefäße)

- ja
 nein

Ballondilatation / Stent

- ja, seit: _____
 nein

Bypass-Operation

- Ja, OP-Datum: _____
 nein

Chronische Nierenerkrankung

- ja, seit: _____ dialysepflichtig: ja nein
 nein

Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit)

- nein
 ja (bitte genauer spezifizieren)
 Typ 1 Typ 2 insulinpflichtig (Spritzen) orale Antidiabetika (Tabletten)

Herzfehler

- ja (bitte genauer spezifizieren) _____
 nein

Herzinfarkt/e

- ja (bitte Angabe wann) _____
 nein

Herzrhythmusstörungen

- ja (bitte genauer spezifizieren) _____
 nein

Herzschrittmacher

- ja, Typ: _____
 nein

Hyperlipidämie (Fettstoffwechselstörung)

- ja
 nein

Implantierter Defibrillator

- ja, Typ: _____
 nein

Koronare Herzkrankheit

- ja
 nein

Lungenembolie

- ja
 nein

Schlaganfall

- ja (bitte Angabe wann) _____
 nein

Synkopen (Anfälle von Bewusstlosigkeit)

- ja (bitte Angabe wie häufig) _____
 nein

Tiefe Venenthrombose (TVT)

- ja
 nein

Sonstige Erkrankungen

Angstzustände / Depression ja nein

ansteckende Erkrankungen (MRSA) ja nein

Atemwegs-erkrankungen nein
 ja (bitte genauer spezifizieren)
 Asthma bronchiale chronische Bronchitis COPD Pneumonie Tbc

Krebsleiden ja (bitte genauer spezifizieren) _____
 OP ja nein
 Chemo ja nein
 Bestrahlung ja nein
 nein

Leber- / Gallenwegs-erkrankung ja nein

Magen-Darmgeschwüre ja nein

MS ja nein

Osteoporose ja nein

Schilddrüsen-erkrankungen ja nein

Wirbelsäulen-erkrankungen ja OP: ja nein
 nein

Einschränkungen / Behinderungen

Amputationen / Prothesen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einschränkungen, z. B. aufgrund Religion (z. B. keine Bluttransfusion)	<input type="checkbox"/> ja (bitte genauer spezifizieren) _____ <input type="checkbox"/> nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gehbehinderung	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> E-Rollstuhl <input type="checkbox"/> nein
Parkinson	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> ja Hörgerät: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Typ: _____ <input type="checkbox"/> nein
Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sehminderung	<input type="checkbox"/> ja, Brillenstärke: R _____ L _____ <input type="checkbox"/> nein
Sprachstörung	<input type="checkbox"/> ja (bitte genauer spezifizieren) _____ <input type="checkbox"/> nein
Taubheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sonstige Angaben

Ich willige eine Organspende ein:

ja nein

Ich habe eine Patientenverfügung:

ja (wer verfügt über diese) _____
 nein

Soll der Hausarzt die Dokumentation dieses Anrufes erhalten?

ja nein

Soll der Facharzt die Dokumentation dieses Anrufes erhalten?

ja nein

Weitere wichtige Informationen für den Notarzt:

Kfz

Kennzeichen: _____
 Typ: _____
 Farbe: _____

Kennzeichen: _____
 Typ: _____
 Farbe: _____

ADAC, AvD etc.

Name _____
 Mitgliedsnummer _____

Name _____
 Mitgliedsnummer _____

Sonstiges

Weitere Angaben für die Notruf- und Servicezentrale

Sie können Ergänzungen jederzeit auf einem Beiblatt anfügen. Bitte jedes Beiblatt mit Ihrem Namen und Mobilfunknummer kennzeichnen!

Bestätigung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben und gebe die Einverständniserklärung zur Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten im Rahmen des bestehenden Service-Vertrags, dessen Inhalt mir bekannt ist. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte wird nur gestattet, soweit dies für die Erfüllung der Pflichten aus dieser Vereinbarung notwendig ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Weiterführende Persönliche Daten

Daten zu Kredit- und Bankkarten, welche durch die Notruf- und Servicezentrale notfalls gesperrt werden sollen:

Bankname: _____	Bankname: _____
Kontonummer: _____	Kontonummer: _____
Sperrhotline: _____	Sperrhotline: _____
Bankname: _____	Bankname: _____
Kontonummer: _____	Kontonummer: _____
Sperrhotline: _____	Sperrhotline: _____

Angaben zu Haustieren

Tierart: _____	_____
Name: _____	_____
Geburtsjahr + Gewicht: _____	_____
wichtig regelmäßig geimpft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> bissig <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> problemlos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
versichert bei: _____	_____
Vers.-Nr.: _____	_____
Tierarzt: _____	_____
Tel. Tierarzt: _____	_____

Einwilligung Übertragung wichtiger Dokumente

Der Teilnehmer möchte Gebrauch von der Möglichkeit der Hinterlegung wichtiger Dokumente machen und willigt ein, dass diese in einem Notfall von der Notruf- und Servicezentrale an seinen Aufenthaltsort gefaxt werden.

Beigefügt übersende ich: Patientenverfügung Testament Sonstiges: _____

Die Autorisierung durch den Teilnehmer, diese Dokumente anzufordern und zusenden zu lassen gilt für folgende Personen:

Vorname: _____	_____
Name: _____	_____
Telefon: _____	_____
Mobil: _____	_____
Verhältnis: _____	_____
Kennwort: _____	_____

Bestätigung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben und gebe die Einverständniserklärung zur Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten im Rahmen des bestehenden Service-Vertrags, dessen Inhalt mir bekannt ist. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte wird nur gestattet, soweit dies für die Erfüllung der Pflichten aus dieser Vereinbarung notwendig ist.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____