

# Hausnotruf

Checkliste für Ihren Inbetriebnahme-Termin

## Vielen Dank für Ihr Interesse an unserem BRK-Hausnotruf.

Wir freuen uns, in Kürze Ihren BRK-Hausnotruf bei Ihnen zu Hause in Betrieb zu nehmen.  
Um diesen Termin so angenehm wie möglich gestalten zu können,  
bitten wir Sie, im Vorfeld folgende Checkliste zu beachten.

---

Wir benötigen viele Daten von Ihnen, damit Ihr BRK-Hausnotruf gut funktioniert.  
Bitte füllen Sie dafür am besten vorab unser Datenblatt vollständig aus  
und senden Sie uns dieses zurück:

E-Mail: [hausnotruf@kvtirschenreuth.brk.de](mailto:hausnotruf@kvtirschenreuth.brk.de)

Fax: 09631 7075-27

Post: BRK Kreisverband Tirschenreuth, Egerstraße 21, 95643 Tirschenreuth

### ♥ Tipp ♥

Lassen Sie sich von Angehörigen oder vertrauten Personen unterstützen  
und nehmen Sie sich ausreichend Zeit dafür.

**Datenblatt ausgefüllt und zurückgesendet**

---

Wir haben bei Ihrem Inbetriebnahme-Termin, neben der technischen Inbetriebnahme,  
einen umfangreichen Vertrag mit Ihnen abzuschließen  
und möchten Sie sicher in Ihren BRK-Hausnotruf einweisen.

### ♥ Tipp ♥

Nehmen Sie einen Angehörigen oder eine vertraute Person zum Inbetriebnahme-Termin hinzu.

**Inbetriebnahme-Termin vereinbart**

Mein Inbetriebnahme-Termin: \_\_\_\_\_

**Bitte bereiten Sie folgendes für Ihren Inbetriebnahme-Termin vor:**

- Telefon- bzw. DSL-Anschluss** (am Wunsch-Aufstellungsort)
- freie Steckdose** (am Wunsch-Aufstellungsort)
- (nachgemachter) **Schlüssel für das Schüsseldepot**
- Bankverbindung** (z. B. auf Girocard)
- Gesundheitskarte**
- ggf. Betreuerausweis, Vorsorgevollmacht oder Vollmacht**

**Fragen? Rufen Sie uns an: 09631 2222. Wir sind für Sie da!**

**Datenblatt**

(Anlage 1) Stand: 01.01.2025

Teilnehmer-  
nummer:Anschluss-  
datum:Abmelde-  
datum:

<input type="checkbox"/> Basispaket	<input type="checkbox"/> mit GSM	<input type="checkbox"/> Mobilruf / Assistenzsystem
<input type="checkbox"/> Tagestaste (Komfortpaket)	<input type="checkbox"/> Schlüsseldepot vor Ort (Komfortpaket)	<input type="checkbox"/> Schlüsseldepot bei BRK (nicht in allen Wohnorten)
Schlüsselhinterlegung bei/in:		

**A) Teilnehmerdaten**

Anrede | Vorname | Nachname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefonnummer des Hausnotrufgerätes

ggf. Handy-Nummer SIM Karte für Hausnotruf Gerät

Mobiltelefon- oder weitere Telefonnummer des Teilnehmers

E-Mail-Adresse des Teilnehmers

Name der Pflegekasse

Versicherungsnummer

 Nein / beantragt 1 2 3 4 5

Pflegegrad

Sozialhilfeträger

Fördermitgliedsnummer

VdK-Mitgliedsnummer

**B) Objektdaten** Einfamilienwohnhaus Mehrfamilienwohnhaus Betreutes Wohnen

Lage der Wohnung / Anfahrtshinweise

Etage / Wohnungsnummer

 Weitere Personen im Haushalt: Haustiere:

**C) Ablaufplan**(Zu benachrichtigende Personen nach Reihenfolge!)

<b>Bezugsperson 1</b>			<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter
Name, Vorname			
Funktion / Bezugsart			
Straße   Hausnummer			
PLZ   Ort			
Telefon 1 (+ Ziel)			
Telefon 2 (+ Ziel)			
Telefon 3 (+ Ziel)			
E-Mail			
<input type="checkbox"/> Schlüssel	<input type="checkbox"/> Verfügbar für Hilfeleistung	Anfahrtszeit in Min	
<input type="checkbox"/> Täglicher Kontakt	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt	<input type="checkbox"/> Information nach Einsatz	
Bemerkung			

<b>Bezugsperson 2</b>			<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter
Name, Vorname			
Funktion / Bezugsart			
Straße   Hausnummer			
PLZ   Ort			
Telefon 1 (+ Ziel)			
Telefon 2 (+ Ziel)			
Telefon 3 (+ Ziel)			
E-Mail			
<input type="checkbox"/> Schlüssel	<input type="checkbox"/> Verfügbar für Hilfeleistung	Anfahrtszeit in Min	
<input type="checkbox"/> Täglicher Kontakt	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt	<input type="checkbox"/> Information nach Einsatz	
Bemerkung			

<b>Bezugsperson 3</b>			<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter
Name, Vorname			
Funktion / Bezugsart			
Straße   Hausnummer			
PLZ   Ort			
Telefon 1 (+ Ziel)			
Telefon 2 (+ Ziel)			
Telefon 3 (+ Ziel)			
E-Mail			
<input type="checkbox"/> Schlüssel	<input type="checkbox"/> Verfügbar für Hilfeleistung	Anfahrtszeit in Min	
<input type="checkbox"/> Täglicher Kontakt	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt	<input type="checkbox"/> Information nach Einsatz	
Bemerkung			

<b>Bezugsperson 4</b>			<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter
Name, Vorname			
Funktion / Bezugsart			
Straße   Hausnummer			
PLZ   Ort			
Telefon 1 (+ Ziel)			
Telefon 2 (+ Ziel)			
Telefon 3 (+ Ziel)			
E-Mail			
<input type="checkbox"/> Schlüssel	<input type="checkbox"/> Verfügbar für Hilfeleistung	Anfahrtszeit in Min	
<input type="checkbox"/> Täglicher Kontakt	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt	<input type="checkbox"/> Information nach Einsatz	
Bemerkung			

<b>Bezugsperson 5 / Pflegedienst</b>		
Name, Vorname		
Funktion / Bezugsart		
Straße   Hausnummer		
PLZ   Ort		
Telefon 1 (+ Ziel)		
Telefon 2 (+ Ziel)		
Telefon 3 (+ Ziel)		
E-Mail		
<input type="checkbox"/> Schlüssel	<input type="checkbox"/> Verfügbar für Hilfeleistung	Anfahrtszeit in Min
<input type="checkbox"/> Täglicher Kontakt	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt	<input type="checkbox"/> Information nach Einsatz
Bemerkung		

<b>Hausarzt</b>	
Name, Vorname	
Straße   Hausnummer	
PLZ   Ort	
Telefon 1	
Telefon 2 / mobil	
Fax	
E-Mail	
Bemerkung	

Integrierte Leitstelle:	<input checked="" type="checkbox"/> Nordoberpfalz	
-------------------------	---	--

### D) Körperliche Einschränkungen und Erkrankungen

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gehbehinderung:                                     |   |  |
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung<br>( <input type="checkbox"/> blind) | <input type="checkbox"/> Sprachstörung<br>( <input type="checkbox"/> stumm) | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit<br>( <input type="checkbox"/> taub) |
| <input type="checkbox"/> Körperliche<br>Behinderung                          | <input type="checkbox"/> Gleichgewichts-<br>probleme                        | <input type="checkbox"/> Herzprobleme  |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                                  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall  |
| <input type="checkbox"/> Krebs   | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                                      | <input type="checkbox"/> Blutverdünnung                                      |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose                                     | <input type="checkbox"/> Venenschwäche                                      | <input type="checkbox"/> Thrombosegefahr                                     |
| <input type="checkbox"/> Geschwüre   | <input type="checkbox"/> Offenes Bein                                       | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz   | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung                                     | <input type="checkbox"/> Rheuma  |
| <input type="checkbox"/> Arthrose  | <input type="checkbox"/> Gicht  | <input type="checkbox"/> Osteoporose   |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose                                   | <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis<br>(COPD)                    | <input type="checkbox"/> Asthma  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Anmerkungen:                               |   |  |
- 

### E) Geistige / neurologische Einschränkungen und Erkrankungen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Demenz                | <input type="checkbox"/> Verwirrtheit         |
| <input type="checkbox"/> Depression            | <input type="checkbox"/> Epilepsie            |
| <input type="checkbox"/> Parkinson             | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Anmerkungen: |   |
- 

### F) Medikamente

#### Medikamentenallergien / -unverträglichkeit:

---

- Medikamentenplan, wenn ja hier:**
- 

- Vorsorgevollmacht, wenn ja hier/bei:**
- 

- Patientenverfügung, wenn ja hier/bei:**
-

## G) Technische Voraussetzungen

Anbieter der Telekommunikationsleistung:

---

Technische Voraussetzungen des Hausnotrufanschlusses:

- Analoger Festnetzanschluss
  - Nachfolgeprodukt des analogen Sprachanschlusses (MSAN-POTS)
  - ISDN Festnetzanschluss
  - Breitbandanschluss mit auf dem Internet basierendem Telefonie-Service (VoIP)
  - Mobilfunkanschluss (GSM-Modul)
  - Full-IP
  -
- 

### Ich bin ausdrücklich auf folgende Umstände hingewiesen worden:

Die vereinbarten Leistungen können vom BRK nur dann erbracht werden, wenn der Notruf in der Zentrale eingeht, das heißt wenn zwischen Hausnotrufgerät und Hausnotrufzentrale eine genügend stabile oder andauernde Verbindung hergestellt wird. Hierzu sind die Funktionsfähigkeit des Fernsprech- und / oder Datennetzes sowie die Funktionsfähigkeit externer Geräte, die zwischen Fernsprech- oder Datennetz und Hausnotrufgerät geschaltet werden, wie zum Beispiel Router, erforderlich. Soweit Schäden aus entsprechenden Störungen oder Ausfällen entstehen, die außerhalb des Einflussbereichs des BRK liegen, ist eine Haftung ausgeschlossen. Bei einem Wechsel der Anschlussart muss ich das BRK in jedem Fall informieren.

## H) Geräteausstattung

Mietgerät (Name):

Gerätenummer:

1)  TeleAlarm / Bosch HTS 62 EU

---

TeleAlarm TA74

---

TeleAlarm TA74 GSM DE

---

2) TeleAlarm / Bosch Funkfinger

---

3)  SIM-Karte

---

4)  easierLife / HOME&GO

---

5)  Caru care

---

6)

---

Ich bestätige hiermit, dass ich eine Einweisung auf das Hausnotrufgerät samt Funkfinger und gegebenenfalls alle Zusatzkomponenten (wie vorstehend und im Vertrag aufgeführt) durch den Mitarbeiter des BRK erhalten habe. Die Funktionstüchtigkeit des Hausnotrufgerätes wurde durch einen Probealarm geprüft. Der Probealarm wurde jeweils durch das Hausnotrufgerät (rote Taste), den Funkfinger und gegebenenfalls durch die weiteren Zusatzkomponenten ausgelöst.

## I) Schlüsseldepot

### Schlüsseldepot vor Ort

Die Schlüssel werden hier zur Verfügung gestellt:

Schlüsseltresor (Hinweis: PIN = letzten vier Ziffern der Teilnehmernummer!)

---



---

Folgende Personen sind berechtigt, die Schlüssel bzw. die PIN für den Schlüsseltresor nach Vertragsende in Empfang zu nehmen:

Name, Vorname	
Funktion	
Straße   Hausnummer	
PLZ   Ort	
Telefon 1 (+ Ziel)	
Telefon 2 (+ Ziel)	
E-Mail	

Name, Vorname	
Funktion	
Straße   Hausnummer	
PLZ   Ort	
Telefon 1 (+ Ziel)	
Telefon 2 (+ Ziel)	
E-Mail	

### Schlüsseldepot bei BRK

Hiermit beauftrage ich den Hausnotrufdienst des Bayerischen Roten Kreuzes nachfolgend bezeichnete Schlüssel für mich zu verwahren. Diese Hinterlegung ist an meine Teilnahme am Hausnotrufdienst gebunden. Damit soll im Notfall eine rasche Hilfe ermöglicht und ein Aufbrechen der Wohnungstür, wenn möglich, verhindert werden. Bei Änderungen an den Schlössern veranlasst der Teilnehmer einen Austausch der entsprechenden Schlüssel durch den Hausnotrufdienst.

Schlüssel wird vom Teilnehmer nachgereicht. (Die Haftung liegt beim Teilnehmer.)

Schlüsselbezeichnung /  
-nummer:

Übergabe  
(Datum, Unterschrift BRK)

Rückgabe  
(Datum, Unterschrift  
Teilnehmer / gesetzlicher Vertreter)

1)

2)

3)

Alle im Zusammenhang mit diesem Vertrag erfassten Daten werden gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen gespeichert und nur zur Erfüllung des Vertragszweckes gemäß Bundesdatenschutzgesetz /DSGVO verwendet (Anlage 13). Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (Anlage 12).

---

Ort, Datum

---

Ort, Datum



---

Unterschrift Teilnehmer / gesetzlicher Vertreter



---

Unterschrift BRK-Außendienstmitarbeiter

---

Name, Vorname des BRK-Außendienstmitarbeiters

Abonementnummer (UMO):	
Debitorennummer (ProfSys):	

**Grund Vertragsende:**

- Umzug außerhalb des Landkreises Tirschenreuth
  - Umzug in stationäre Pflegeeinrichtung
  - Verstorben
  - Anbieterwechsel
  -
-