



Malteser Hausnotruf: Hilfe auf Knopfdruck

Malteser Hilfsdienst gGmbH
Bezirksgeschäftsstelle Abt. Hausnotruf Sachsen-Anhalt
Schönebecker Str. 82 – 84
39104 Magdeburg
Tel.: 0391 40410009

E-Mail: hausnotruf.magdeburg@malteser.org

Ich interessiere mich für den Malteser Hausnotruf.

Bitte nehmen Sie mit mir Kontakt auf.

<p>Malteser Hausnotruf Grundsicherheit <input type="checkbox"/></p> <p>Mit der Grundsicherheit erhalten Sie unser Hausnotrufgerät und somit schnelle Hilfe jederzeit. Mit nur einem Knopfdruck stellen Sie Kontakt zur Malteser Hausnotrufzentrale her – 24h am Tag, 365 Tage im Jahr.</p> <p>Preis pro Monat: Ohne Pflegegrad: 25,50 Euro Mit Pflegegrad: 0,00 Euro (bei Kostenübernahme)</p>	<p>Malteser Hausnotruf Komplettsicherheit <input type="checkbox"/></p> <p>Mit der Komplettsicherheit steht Ihnen zusätzlich unser qualifizierter Bereitschaftsdienst zur Verfügung. Ergänzend zum Basispaket leistet der Malteser Bereitschaftsdienst im Notfall persönliche Hilfe vor Ort. Dafür hinterlegen Sie Ihren Schlüssel bei uns.</p> <p>Preis pro Monat: Ohne Pflegegrad: 54,90 Euro Mit Pflegegrad: 29,90 Euro (bei Kostenübernahme)</p>
--	---

Anrede/Titel			
Name		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Stadtteil			
Appartement Nr., Etage		Geburtsdatum	
Telefonnummer		Telefonanbieter	
<p>Wichtige Infos:</p> <p>Sie sind Mieter der « WBG 1954 e.G. » in Magdeburg ? Dann erhalten Sie in den ersten sechs Monaten 50 Prozent Rabatt die gewählte Leistung.</p> <p>Ihre Hinweise :</p>			



Malteser Hausnotruf: Hilfe auf Knopfdruck

Angaben zur Pflegeversicherung	Name:	Pflegergrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> §45b SGB XI <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> unbekannt
	KV-Nr.:	
Name Pflegedienst:		Kunde hat eigenen Pflegedienst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schlüssel beim Pflegedienst vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

SEPA
Kreditinstitut Name
IBAN

Krankheit / Behinderung	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Gehvermögen <input type="checkbox"/> eingeschränkt	Apoplex	<input type="checkbox"/>
Sehvermögen <input type="checkbox"/> eingeschränkt	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>
Hörvermögen <input type="checkbox"/> eingeschränkt	Hoher Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>
Sprachvermögen <input type="checkbox"/> eingeschränkt	Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/>
Medikamente (Medikamentenunverträglichkeit, Notfallmedikamente, Allergien)	<input type="checkbox"/> Medikamentenliste (präzise Ortsangabe in TN-Wohnung): <input type="checkbox"/> Blutgerinnungshemmer (z.B. Marcumar)	



Bezugspersonen sind in folgender Reihenfolge zu verständigen:

Hinweis: „Information“ (bei Rettungsmiteileinsatz) kann bei max. 2 Personen angekreuzt werden.

Kontaktart	<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/>	Schlüssel <input type="checkbox"/>	Einsetzbar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Info
Name, Vorname						
Straße						
PLZ; Wohnort						
Telefon (Festnetz)				Telefon 2		
Sonstige (dienstl., mobil, etc)						

Kontaktart	<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/>	Schlüssel <input type="checkbox"/>	Einsetzbar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Info
Name, Vorname						
Straße						
PLZ; Wohnort						
Telefon (Festnetz)				Telefon 2		
Sonstige (dienstl., mobil, etc)						



Kontaktart	<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/>	Schlüssel <input type="checkbox"/>	Einsetzbar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Info
Name, Vorname						
Straße						
PLZ; Wohnort						
Telefon (Festnetz)				Telefon 2		
Sonstige (dienstl., mobil, etc)						

Ort, Datum:

Unterschrift Interessent