



SOS Alarmzentrale GmbH
Wach- u. Sicherheitsdienste Berlin

Stammdatenblatt

Kunden – ID - Nr.: _____ / **Datum:** _____

Name _____
Vorname _____
Geschlecht _____
Geb. _____
Telefon _____
Straße _____
PLZ / Ort _____
Lage / Etage _____

Pflegestation JA NEIN
wenn ja welche _____ **Tel. Nr.:** _____

Bettlägerig JA NEIN
Gehbehindert JA NEIN Rollstuhl
Schwerhörig JA NEIN
Sehbehindert JA NEIN Blind
Behandelnder Arzt _____ **Tel. Nr.:** _____

Versicherung
Kranken-/ Pflegeversicherungs- Nr. _____
Pflegestufe _____

1. Bezugsperson > **Hat Schlüssel?**
Vorname Name _____
Telefon _____
Telefon Mobil _____
Straße / PLZ / ORT _____

2. Bezugsperson > **Hat Schlüssel?**
Vorname Name _____
Telefon _____
Telefon Mobil _____
Straße / PLZ / ORT _____

3. Bezugsperson > **Hat Schlüssel?**
Vorname Name _____
Telefon _____
Telefon Mobil _____
Straße / PLZ / ORT _____

4. Ist keiner zu erreichen, dann Feuerwehr 112
Krankheiten _____
Insulin-Pflichtig ? _____

Schlüsseltresor - Code _____

Datum und Unterschrift