Beratungsanforderung

Bayerisches Rotes Kreuz
Kreisverband Neuburg-Schrobenhausen

Wer soll den Hausnotruf bekommen:

Name, Vorname:

.....

Straße / Haus-Nr.:

.....

PLZ / Ort

.....

Telefonnummer:

.....

Handynummer:

.....

Pflegekasse:

.....

Pflegegrad vorhanden?

JA ☐ NEIN ☐ Grad .....

Kontaktaufnahme:

Den Beratungstermin bitte vereinbaren mit:

☐ dem/der künftigen HNR-Teilnehmer/-in (siehe oben)

oder

☐ Name:

.....

Unter Telefonnummer:

.....

oder:

.....

Per Mail unter:

.....

Bitte senden Sie dieses Formular an folgende Mailadresse:
hnr@kvndsob.brk.de

Vielen Dank für Ihre Anfrage – wir werden uns zeitnah bei Ihnen melden!