

# Referenzobjekte - Fragebogen

Rücksendung bitte an Frau Silke Michel  
Fax-Nr. 02137 / 17 - 366

## 1. Name des Objektes

---

## 2. Objektkategorie

Krankenhäuser

JVA

Kaserne

Wohngebäude

Rehaklinik / -zentrum

Sonstiges

Altenheim / Seniorenresidenz

Uniklinik

Hotel

Öffentliche Gebäude

Betreutes Wohnen

---

## 3. Ort

---

## 4. Land

---

## 5. Einbaujahr

---

## 6. System

---

## 7. Ausstattung

TV

Telefon

Abrechnung

Anzahl

Betten

Zimmer

Physikalische Gruppen

## 8. Kopplung

Brand

DECT / PSA

clino guard

Sonstiges

KIS

clino lifeCare

---

**9. Besonderheiten**

---

---

**10. Auf welchem Weg können Fotos beschafft werden?  
Bitte einen Ansprechpartner benennen.**

---

---

---

**11. Kontaktadresse Errichter**

Name \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Kundenr. \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**12. Kontaktadresse Betreiber**

Name \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**13. Freigabe zur Nutzung / Veröffentlichung der Daten schriftlich vorhanden?**

Errichter  Ja  Nein

Betreiber  Ja  Nein

**Kontakt Novar**

Name -lesbar-

Datum / Unterschrift