

# Anmeldung Rotkreuz-Notruf

- Rotkreuz-Notruf Casa – für zu Hause
- Rotkreuz-Notruf Mobil – für unterwegs
- Rotkreuz-Notruf – Kurzmiete

## Nutzer/Nutzerin

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Sprache: \_\_\_\_\_

## Wohnsituation

- Haus       Wohnung im \_\_\_\_\_ Stock      Anzahl Zimmer: \_\_\_\_\_  
 lebt allein       lebt mit \_\_\_\_\_       Haustiere

<b>Wichtige Informationen zu Ihren Kontaktpersonen</b> Sie benennen mindestens eine Kontaktperson mit Zutritt zu Ihrer Wohnung (mit max. 30 Minuten Anfahrtsweg), die wir im Notfall aufbieten können. <b>Rufen Sie uns an, falls keine private Kontaktperson in der Nähe wohnt.</b>	im Notfall <b>aufbieten</b> ↓	im Notfall <b>informieren</b> ↓
--	-------------------------------------	---------------------------------------

1	Name:	Vorname:		
	Strasse:	PLZ/Ort:		
	Tel. P:	Tel. G:		
	Mobil:	Bezug zu Nutzer/Nutzerin:		
	E-Mail:			
	Bemerkungen:			

2	Name:	Vorname:		
	Strasse:	PLZ/Ort:		
	Tel. P:	Tel. G:		
	Mobil:	Bezug zu Nutzer/Nutzerin:		
	E-Mail:			
	Bemerkungen:			

3	Name:	Vorname:		
	Strasse:	PLZ/Ort:		
	Tel. P:	Tel. G:		
	Mobil:	Bezug zu Nutzer/Nutzerin:		
	E-Mail:			
	Bemerkungen:			

**Rotkreuz-Kontaktperson** (als Alternative oder zur Ergänzung der privaten Kontaktpersonen. Bei weniger als 3 privaten Kontaktpersonen ist die «Rotkreuz-Kontaktperson» obligatorisch.)

- ja       nein

**Ansprechperson für den Installationstermin** (falls abweichend von Nutzer/Nutzerin)

Name:	Vorname:
Tel. P:	Tel. G:
Mobil:	E-Mail:

**Ansprechperson in der Familie/Vertrauensperson im Notfall**

Name:	Vorname:
Tel. P:	Tel. G:
Mobil:	E-Mail:

**Hausarzt/Hausärztin**

Name:	Vorname:
Tel. Praxis:	

**Spitexorganisation** (falls im Einsatz)

Spitex:	Tel.:
---------	-------

**Informationen für medizinische Hilfspersonen**

Allergien: \_\_\_\_\_

Ort der wichtigsten Medikamente: \_\_\_\_\_

Diabetes       Herz-Kreislaufprobleme

Sauerstoff       Blutverdünner

Laufstock       Rollator       Rollstuhl       Hörgerät

Patientenverfügung ist vorhanden

Anbieter: \_\_\_\_\_ Hinterlegungsort: \_\_\_\_\_

**Rechnungsempfänger** (falls abweichend von Nutzer/Nutzerin)

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:

**Zahlungsart**

Einzahlungsschein (CHF 2.– pro Monat)       per Lastschriftverfahren (LSV)

**Andere bestehende Installationen**

Ist zurzeit ein anderes Notrufsystem oder eine Alarmanlage installiert?       ja       nein

Wenn ja, sind die Kontaktpersonen informiert, wie sie den Alarm deaktivieren können?       ja       nein

**Bemerkungen:**

Wie sind Sie auf den Rotkreuz-Notruf aufmerksam geworden?

Vielen Dank für Ihre Anmeldung. Wir werden uns in den nächsten Tagen telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.  
Wann erreichen wir Sie am besten?

---

---

---

---

Das Schweizerische Rote Kreuz Kanton Zürich verpflichtet sich, alle persönlichen Daten vertraulich zu behandeln.