

Anmeldung Rotkreuz-Notruf

Bitte ankreuzen:

Rotkreuz-Notruf Casa Relax oder **Premium**
Rotkreuz-Notruf Mobil I **Premium**
Rotkreuz-Notruf Mobil II Relax oder **Premium**
Rotkreuz-Notruf – Kurzmiete Relax oder **Premium**

Nutzer/Nutzerin

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

Ich beziehe Ergänzungsleistungen

Wohnsituation

Haus Wohnung im _____ Stock Anzahl Zimmer: _____ Milchkasten vor der Haustüre ja nein
 lebt allein lebt mit _____ Haustiere

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

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

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?
