



Anmeldung Rotkreuz-Notruf

Dieser graue Teil wird vom SRK ausgefüllt:

Installations-
datum: Geräte-ID:

durch: Geräte-ID:

Notruf-Kundin/-Kunde

Name: Vorname:

Strasse, Nr.: PLZ/Ort:

Telefon: Mobil:

Geb.-Datum: Sprache:

E-Mail:

- Bestellung Notruf:** **Casa** Notruf-Gerät für zuhause inkl. Alarmtaste
 Mobil Notruf-Gerät für zuhause und unterwegs inkl. Alarmtaste.
GPS-Ortung im Freien
 Kombi Casa und Mobil
 Notrufuhr mit integriertem Lautsprecher, GPS (keine Miete, nur Kauf)
Abo: nur Premium möglich

Alarmierungsart: **Basic CHF 45.-/Mt.** **Relax CHF 53.-/Mt.** **Premium CHF 60.-/Mt.**

Das Notrufgerät wird durch eine Notrufbetreuerin oder einen Notrufbetreuer SRK bei Ihnen zuhause installiert.
Die einmalige Installationsgebühr beträgt **CHF 100.-**

- Zusatzangebote:** **Zusatztaste** Bei Premium Abo kostenlos/andere Abos Taste einmalig **CHF 90.-**
 Schlüsselsafe CHF 55.- keine Montage durch SRK

Termin: Bitte vereinbaren Sie den Installationstermin mit: Notruf-Kundin/-Kunde oder

Name: Telefon:

Ort/Datum: **Unterschrift:**

Rechnungsadresse (wenn abweichend von Kundin/Kunde)

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Zahlungsmodus: Rechnung zwei monatlich Dauerauftrag
 Ich beziehe Ergänzungsleistungen (Rabatt 50% bei Abo Premium auf monatliche Miete)
Wichtig: aktuelle Verfügungskopie beilegen.

Wichtige zusätzliche Anmerkungen des Kunden:

Wir danken Ihnen für das vollständige Ausfüllen des Fragebogens.

Das Schweizerische Rote Kreuz Thurgau verpflichtet sich, alle persönlichen Angaben vertraulich zu behandeln.

Individuelle Beratung:
Telefon 071 626 50 84

Mehr Informationen und Online-Bestellung:
www.srk-thurgau.ch/notruf

Individuelle telefonische Beratung

durch

**Lebens-/Wohnsituation**

Einfamilienhaus Anzahl Zimmer Anzahl Stockwerke

Wohnung Anzahl Zimmer Stockwerk

Wohnen Sie in einer Überbauung/Wohnanlage (z.B. Seniorenwohnung?)

 Wenn ja, welche

 Wohnungsnummer (falls bekannt)

Ich wohne alleine Ich wohne mit:

Haustiere

Hund Name: Rasse:

Andere Wenn ja, welche?

Im Falle einer Hospitalisation ist folgende Person beauftragt, sich um das Haustier/die Haustiere zu kümmern:

Name: Vorname:

Telefon:

Schlüsselsafe (falls vorhanden)

Standort Schlüsselsafe: Code:

Ansprechperson für administrative und technische Fragen (wenn abweichend von Notruf-Kundin/-Kunde)

Name: Vorname:

Strasse, Nr.: PLZ/Ort:

Telefon P: Mobil: Telefon G:

Bezug zu Kundin/Kunde

Kontaktpersonen bei Alarmierung

Kontaktpersonen, welche im Notfall aufgebeten werden

Ich habe meine Kontaktperson(en) angefragt und entsprechend informiert

Kontaktpersonen (möglichst nahe wohnend;
Reihenfolge nach Distanz und Erreichbarkeit)

	Im Notfall aufzubieten (mit Wohnungs-/ Hausschlüssel)	Nach Abschluss der Hilfeleistung informieren
<p>1) Name: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/></p> <p>Strasse, Nr.: <input type="text"/> PLZ/Ort: <input type="text"/></p> <p>Bezug zu Kundin/Kunde: <input type="text"/></p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>2. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>3. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2) Name: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/></p> <p>Strasse, Nr.: <input type="text"/> PLZ/Ort: <input type="text"/></p> <p>Bezug zu Kundin/Kunde: <input type="text"/></p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>2. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>3. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3) Name: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/></p> <p>Strasse, Nr.: <input type="text"/> PLZ/Ort: <input type="text"/></p> <p>Bezug zu Kundin/Kunde: <input type="text"/></p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>2. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>3. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontaktpersonen bei Alarmierung

Kontaktpersonen, welche im Notfall aufgebeten werden

Ich habe meine Kontaktperson(en) angefragt und entsprechend informiert

Kontaktpersonen (möglichst nahe wohnend;
Reihenfolge nach Distanz und Erreichbarkeit)

	Im Notfall aufzubieten (mit Wohnungs-/ Hausschlüssel)	Nach Abschluss der Hilfeleistung informieren
<p>4) Name: <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/> Vorname: <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/></p> <p>Strasse, Nr.: <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/> PLZ/Ort: <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/></p> <p>Bezug zu Kundin/Kunde: <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/></p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>2. <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>3. <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5) Name: <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/> Vorname: <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/></p> <p>Strasse, Nr.: <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/> PLZ/Ort: <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/></p> <p>Bezug zu Kundin/Kunde: <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/></p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>2. <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>3. <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6) Name: <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/> Vorname: <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/></p> <p>Strasse, Nr.: <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/> PLZ/Ort: <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/></p> <p>Bezug zu Kundin/Kunde: <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/></p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>2. <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>3. <input style="background-color: #FFF9C4;" type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitszustand/Medikation

(Zum Zeitpunkt des Ausfüllens der Anmeldung; bitte melden Sie Veränderungen Ihrem Rotkreuz-Kantonalverband)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schwere Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> Starke Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> Gehbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Sprechbehinderung | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Blutverdünner |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufprobleme | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja welche? | | |

Weitere wichtige Angaben zum Gesundheitszustand:

- Aufbewahrungsort der wichtigsten Medikamente:

Beanspruchte Hilfsmittel:

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Defibrillator (interner) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Patientenverfügung vorhanden. Hinterlegungsort: | | |

- Bitte informieren Sie den Rettungsdienst, dass ich – wenn möglich – in folgendes Spital eingeliefert werde:

Hausarzt/Praxis

Name: Vorname:
Strasse, Nr.: PLZ/Ort:
Tel. Praxis:

Spitexorganisation (falls im Einsatz)

Name Org: Telefon:
Strasse, Nr.: PLZ/Ort:

Wie häufig ist die Spitex bei Ihnen im Einsatz pro Woche?

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.