Schweizerisches Rotes Kreuz
Kanton Thurgau

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 **CHF 55.-**/Mt. Kaufpreis: **CHF 399.-**

Alarmierungsart: ☐ Basic **CHF 49.–/**Mt. ☐ Relax **CHF 57.–**/Mt. ☐ Premium **CHF 64.–/**Mt.

Das Notrufgerät wird durch eine Notrufbetreuerin oder einen Notrufbetreuer SRK bei Ihnen zuhause installiert. Die einmalige Installationsgebühr beträgt **CHF 150.–**

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:

Mit der Unterschrift akzeptieren Sie unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen und nehmen unsere Datenschutzerklärung zur Kenntnis. Beides finden Sie auf unserer Website https://srk-thurgau.ch/notruf

Ort/Datum: **Unterschrift:**

Rechnungsadresse (wenn abweichend von Kundin/Kunde)

Name: Vorname:

Strasse, Nr.: PLZ/Ort:

Zahlungsmodus: ☐ Rechnung zwei monatlich ☐ Daueraufträg

☐ 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 aufgeboten 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
1) Name: _____ Vorname: _____ Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Bezug zu Kundin/Kunde: _____ Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (**M**obil/**P**rivat/**G**eschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen) 1. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G** 2. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G** 3. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G**	☐	☐
2) Name: _____ Vorname: _____ Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Bezug zu Kundin/Kunde: _____ Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (**M**obil/**P**rivat/**G**eschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen) 1. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G** 2. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G** 3. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G**	☐	☐
3) Name: _____ Vorname: _____ Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Bezug zu Kundin/Kunde: _____ Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (**M**obil/**P**rivat/**G**eschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen) 1. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G** 2. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G** 3. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G**	☐	☐

Kontaktpersonen bei Alarmierung

Kontaktpersonen, welche im Notfall aufgeboten 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
4) Name: _____ Vorname: _____ Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Bezug zu Kundin/Kunde: _____ Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (**M**obil/**P**rivat/**G**eschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen) 1. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G** 2. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G** 3. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G**	☐	☐
5) Name: _____ Vorname: _____ Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Bezug zu Kundin/Kunde: _____ Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (**M**obil/**P**rivat/**G**eschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen) 1. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G** 2. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G** 3. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G**	☐	☐
6) Name: _____ Vorname: _____ Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Bezug zu Kundin/Kunde: _____ Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (**M**obil/**P**rivat/**G**eschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen) 1. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G** 2. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G** 3. _____ ☐ **M** ☐ **P** ☐ **G**	☐	☐

Gesundheitszustand/Medikation

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

- ☐ Schwere Hörbehinderung
- ☐ Starke Sehbehinderung
- ☐ Gehbehinderung
- ☐ Sprechbehinderung
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Blutverdünner
- ☐ Herz-Kreislaufprobleme
- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsie
- ☐ Allergien, wenn ja welche?

Weitere wichtige Angaben zum Gesundheitszustand:

☐ Aufbewahrungsort der wichtigsten Medikamente:

Beanspruchte Hilfsmittel:

- ☐ Hörgerät
- ☐ Rollstuhl
- ☐ Rollator
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Defibrillator (interner)
- ☐
- ☐ 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.