



Anmeldung Rotkreuz-Notruf

Notruf-Kundin/-Kunde

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

Bestellung Notruf (Premium):

Casa	Notruf-Gerät für zuhause inkl. Handsender CHF 65.-/Mt.
Mobil	Notruf-Gerät für zuhause und unterwegs inkl. Handsender. GPS-Ortung im Freien. CHF 65.-/Mt.
Home & Go	Casa und Mobil inkl. einem Handsender CHF 75.-/Mt.

Das Notrufgerät wird durch eine Notrufbetreuerin oder einen Notrufbetreuer SRK bei Ihnen zuhause installiert. Die einmalige Installationsgebühr beträgt **CHF 120.-**

Zusatzangebote:

- Handsender CHF 10.-/Mt.**
- Handsender mit Sturzsensoren CHF 15.-/Mt.**
- Repo Verstärker CHF 15.-/Mt.**
- 2. Ladestation CHF 10.-/Mt.**
- 0-1 Kontaktperson CHF 28.-/Mt.**
- 2 Kontaktpersonen CHF 14.-/Mt.**

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

Name: _____ Telefon: _____
E-Mail: _____

Rechnungsadresse (wenn abweichend von Kundin/Kunde)

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Zahlungsmodus:

LSV

DA (Dauerauftrag)

RG (Rechnung)

Zustellung der Rechnung:

per Mail

per Post (Zusatzkosten von CHF 3.– pro Rechnung)

Vertragsbeginn:

Ort/Datum:

Unterschrift: _____

Freies Textfeld

Allgemeine Vertragsbedingungen

Mit der Erteilung eines Auftrages in schriftlicher oder elektronischer Form erklärt sich der Kunde mit unseren Vertragsbedingungen einverstanden und begründet damit einen Kundenauftrag mit dem SRK BL. Integrierender Bestandteil des Vertrages sind die allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Rotkreuz-Notrufs SRK BL, welche auf unserer Homepage aufgeschaltet sind.

Datenschutz: www.srk-baselland.ch

Wir danken Ihnen für das vollständige Ausfüllen des Fragebogens.

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

Individuelle Beratung:
Telefon 061 905 82 01

Mehr Informationen und Online-Bestellung:
www.srk-baselland.ch notruf@srk-baselland.ch

**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 (mindestens drei Kontaktpersonen)

Ich habe meine drei Kontaktpersonen angefragt und entsprechend informiert

Kontaktpersonen (möglichst nahe wohnend, maximal 30 Minuten entfernt;
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 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												
4) Name: _____ Vorname: _____ Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Bezug zu Kundin/Kunde: _____ Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen) <table border="0"> <tr> <td>1.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>G</td> </tr> </table>				1.	M	P	G	2.	M	P	G	3.	M	P	G		
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 (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen) <table border="0"> <tr> <td>1.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>G</td> </tr> </table>				1.	M	P	G	2.	M	P	G	3.	M	P	G		
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 (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen) <table border="0"> <tr> <td>1.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>G</td> </tr> </table>				1.	M	P	G	2.	M	P	G	3.	M	P	G		
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.