



Anmeldung Rotkreuz-Notruf

Dieser graue Teil wird vom SRK ausgefüllt:

Installations-
datum: Zeit: Gerät-ID:

durch: Serie-Nr.:

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 |
| | Casa Plus | Notruf-Gerät für zuhause inkl. Sturzsensor und Spracherkennung* |
| | Mobil | Notruf-Gerät für zuhause und unterwegs inkl. Alarmtaste. GPS-Ortung im Freien. |
| | SRK Notruf-Uhr | Notruf-Armbanduhr für zuhause und unterwegs inkl. GPS-Ortung im Freien* |

Alarmierungsart: [Basic](#) [Relax](#) [Premium](#)

Zusatzangebote: [Zusatztaste](#) Zusatztaste für Ehepartner **CHF 10.-/Mt.**
[Schlüsselsafe](#) Schlüsselsafe bei Installation (Kauf) **CHF 80.-**
[Rotkreuz-Kontaktperson](#) (nur bei Premium möglich)
(Schlüsselsafe obligatorisch/Kann in einzelnen Regionen nicht angeboten werden)
Option 1 – Sie benennen keine private Kontaktperson **CHF 27.-/Mt.**
Option 2 – Ergänzung zu mindestens einer privaten Kontaktperson **CHF 10.-/Mt.**

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

Name: Telefon:

* Nur im Abo Premium erhältlich

Rechnungsadresse (wenn Abweichend von Kundin/Kunde)

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

E-Mail:

| | | |
|-----------------------|--|------------------------------------|
| Zahlungsmodus: | Rechnung (zweimonatlich, per Post) | Rechnung (zweimonatlich, per Mail) |
| | Dauerauftrag | |
| | Ich beziehe Ergänzungsleistungen (bitte Kopie von Verfügung mitsenden) | |

Allgemeine Geschäftsbedingungen

Mit der Erteilung eines Auftrages in schriftlicher oder elektronischer Form erklärt sich der Kunde mit unseren Geschäftsbedingungen einverstanden. Integrierender Bestandteil des Auftrages sind die allgemeinen Geschäftsbedingungen zum jeweiligen Rotkreuz-Notrufsystem, welche auf unserer Homepage aufgeschaltet sind. Gerne senden wir Ihnen auf Wunsch diese Unterlagen auch per Post zu.

Vertragsdauer und Kündigung

Der Vertrag beginnt zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme des Rotkreuz-Notrufs und wird auf unbestimmte Dauer abgeschlossen. Er kann von beiden Vertragsparteien unter Einhaltung einer Frist von 20 Tagen auf Ende eines jeden Monats gekündigt werden. Die Mindestvertragsdauer beträgt 3 Monate.

Wir danken Ihnen für das vollständige Ausfüllen des Fragebogens.

Bitten senden Sie diesen per Post an: Schweizerisches Rotes Kreuz Graubünden, Steinbockstrasse 2, 7000 Chur oder per Mail an: notruf@srk-gr.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:

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 (Mobil/Privat/Geschäft): (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 (Mobil/Privat/Geschäft): (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 (Mobil/Privat/Geschäft): (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)

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)

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)

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)

1. **M** **P** **G**

2. **M** **P** **G**

3. **M** **P** **G**

| | |
|--|---|
| | Im Notfall aufzubieten (mit Wohnungs-/ Hausschlüssel) |
| | Nach Abschluss der Hilfeleistung informieren |

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 |
| Herzschriftmacher | 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.
