



# Anmeldung Rotkreuz-Notruf

Dieser graue Teil wird vom SRK ausgefüllt:

Installations- datum:	<input type="text"/>	Zeit:	<input type="text"/>	Geräte-ID:	<input type="text"/>
durch:	<input type="text"/>			Serie-Nr.:	<input type="text"/>

## Notruf-Kundin/-Kunde

Anrede:	<input type="text"/>				
Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>		
Strasse, Nr.:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>		
Geb.-Datum:	<input type="text"/>	Sprache:	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>				

**Bestellung Notruf:**  **Casa** Notruf-Gerät für zuhause inkl. Alarntaste  
 **Mobil** Notruf-Gerät für zuhause und unterwegs inkl. Alarntaste. GPS-Ortung im Freien.

**Alarmierungsart:**  **Basic**  **Relax**  **Premium**

**Zusatzangebote:**  **Zusatztaste**  **Schlüsselsafe**

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

Name:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Mail:	<input type="text"/>		

**Rechnungsadresse** (wenn abweichend von Kundin/Kunde)

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Strasse, Nr.:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>

- Zahlungsmodus:**  Quartalsrechnung  
 Ich beziehe Ergänzungsleistungen

### Bemerkungen/Ergänzungen



### Allgemeine Geschäftsbedingungen

Mit der Erteilung eines Auftrages in schriftlicher oder elektronischer Form erklärt sich die Kundin/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.

### Erklärung und Einwilligung

Ich bin einverstanden, dass meine Daten in der Notrufzentrale und beim Schweizerischen Roten Kreuz Kanton Solothurn gespeichert werden.

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

### Informationen/Beratung und Online-Bestellung:

Telefon 032 622 37 20

[www.srk-solothurn.ch/notruf](http://www.srk-solothurn.ch/notruf)

**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 style="width: 150px;" type="text"/> Vorname: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Strasse, Nr.: <input style="width: 150px;" type="text"/> PLZ/Ort: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Bezug zu Kundin/Kunde: <input style="width: 400px;" type="text"/></p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (<b>M</b>obil/<b>P</b>rivat/<b>G</b>eschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p> <p>2. <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p> <p>3. <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2) Name: <input style="width: 150px;" type="text"/> Vorname: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Strasse, Nr.: <input style="width: 150px;" type="text"/> PLZ/Ort: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Bezug zu Kundin/Kunde: <input style="width: 400px;" type="text"/></p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (<b>M</b>obil/<b>P</b>rivat/<b>G</b>eschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p> <p>2. <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p> <p>3. <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3) Name: <input style="width: 150px;" type="text"/> Vorname: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Strasse, Nr.: <input style="width: 150px;" type="text"/> PLZ/Ort: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Bezug zu Kundin/Kunde: <input style="width: 400px;" type="text"/></p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (<b>M</b>obil/<b>P</b>rivat/<b>G</b>eschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p> <p>2. <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p> <p>3. <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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
<p>4) 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 (<b>M</b>obil/<b>P</b>rivat/<b>G</b>eschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p> <p>2. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p> <p>3. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5) 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 (<b>M</b>obil/<b>P</b>rivat/<b>G</b>eschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p> <p>2. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p> <p>3. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6) 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 (<b>M</b>obil/<b>P</b>rivat/<b>G</b>eschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p> <p>2. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></p> <p>3. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b></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.