



Anmeldung Rotkreuz-Notruf

Dieser graue Teil wird vom SRK ausgefüllt:

Installations-
datum: Zeit: Gerät-ID:

durch: Serie-Nr.:

Notruf-Kundin/-Kunde

Anrede:

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. Alarmtaste/Sturzsensor
	Mobil	Notruf-Gerät für unterwegs inkl. Alarmtaste. GPS-Ortung im Freien.
	Kombi*	Kombiniertes Notruf-Gerät für zuhause und unterwegs inkl. Alarmtaste. GPS-Ortung im Freien.
	Rotkreuz- Notruf-Uhr*	Mobile ästhetische Notruf-Uhr mit GPS-Ortung im Freien.

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

Zusatzangebot: [Rotkreuz-Kontaktperson Option 1*](#)
[Rotkreuz-Kontaktperson Option 2*](#)

Zubehör: [Zusatztaste](#) [zweite Ladestation für Kombi](#) [Schlüsselsafe](#)

*nur für Alarmierungsart «Premium» möglich

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: monatliche Rechnung
Ich beziehe Ergänzungsleistungen

Allgemeine Geschäftsbedingungen

Mit seiner Unterschrift auf dem Notruf-Fragebogen erklärt sich die Kundin/der Kunde mit den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) einverstanden und begründet damit einen Kundenvertrag mit dem Schweizerischen Roten Kreuz Kanton Solothurn. Die AGB können auf der Website www.srk-solothurn.ch eingesehen werden.

Erklärung und Einwilligung

Ich bin einverstanden, dass meine Daten von der Notrufzentrale, dem Schweizerischen Roten Kreuz Kanton Solothurn und von den jeweiligen Interventionspartnern bearbeitet werden.

Datum: Unterschrift: _____

Bitte unterschreiben Sie eigenhändig auf dem ausgedruckten Fragebogen oder elektronisch mit einem Stift oder Ihrem Finger auf einem Touchscreen.

Angehörige

Falls Sie das Formular stellvertretend für eine ihren Angehörigen ausfüllen, bitten wir Sie, uns zusammen mit dem Notruf-Fragebogen eine Vollmacht einzureichen.

Datenschutz

Das SRK Kanton Solothurn bearbeitet Personendaten des Kunden/der Kundin im Rahmen der Erbringung des Notrufes sowie für weiterführende Angebote und Fundraising des SRK Kanton Solothurn soweit notwendig, und es beachtet dabei die Grundsätze der jeweils geltenden schweizerischen Datenschutzgesetzgebung. Die Grundsätze unserer Datenbearbeitung finden Sie in der Datenschutzerklärung unserer Website:

<https://www.srk-solothurn.ch/sicher-und-vertraulich> und in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen Rotkreuz-Notruf auf unserer Website:

<https://srk-solothurn.ch/fuer-sie-da/lange-gut-zuhause-leben/rotkreuz-notruf>

**Lebens-/Wohnsituation**

Einfamilienhaus	Anzahl Zimmer	Anzahl Stockwerke
<hr/>		
Wohnung	Anzahl Zimmer	Stockwerk
Wohnen Sie in einer Überbauung/Wohnanlage (z.B. Seniorenwohnung?)		
Wenn ja, welche		
Wohnungsnummer (falls bekannt)		
<hr/>		
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:		
<hr/>		

Schlüsselsafe (falls vorhanden)

Standort Schlüsselsafe:	Code:
<hr/>	

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		
<hr/>		

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-/ Hausschlüsse)	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**

<p>Im Notfall aufzubieten (mit Wohnungs-/ Hausschlüssel)</p>	<p>Nach Abschluss der Hilfeleistung informieren</p>
--	---

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.
