



# Anmeldung Rotkreuz-Notruf

Dieser graue Teil wird vom SRK ausgefüllt:

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

## Notruf-Kundin/-Kunde

Anrede:  Frau  Herr  Divers

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. Alarmtaste  
 **Mobil** Notruf-Gerät für zuhause und unterwegs inkl. Alarmtaste.  
GPS-Ortung im Freien  
 **Home & Go** Casa und Mobil inkl. Alarmtaste  
 **Notruf-Uhr** mit integriertem Lautsprecher, GPS (keine Miete, nur Kauf)  
Abo: nur Premium möglich

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

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

- Zusatzangebote:**  **Handsender** mit Sturzsensoren zum Notrufgerät Casa  
 **Zusatztaste** für Ehepartner  
 **Schlüsselsafe** **CHF 75.-** inkl. Montage durch SRK  
 **Handsender mit Uhr** Handsender zum Notrufgerät Mobil oder Home & Go  
(keine Miete, nur Kauf).

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

Name:

Telefon:

**Ort/Datum:**

**Unterschrift:**

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

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

**Zahlungsmodus:**  Rechnung zwei monatlich  Dauerauftrag  
 Ich beziehe Ergänzungsleistungen (EL) (freiwillig zu beantworten)

**Wichtige zusätzliche Anmerkungen des Kunden:**

### **Allgemeine Geschäftsbedingungen**

Mit der Erteilung eines Auftrages in schriftlicher oder elektronischer Form erklärt sich der Kunde mit unseren Geschäftsbedingungen einverstanden und begründet damit einen Kundenvertrag mit dem SRK Kanton Schaffhausen. Integrierender Bestandteil des Auftrages sind die allgemeinen Geschäftsbedingungen Rotkreuz-Notruf Kanton Schaffhausen, welche auf unserer Homepage aufgeschaltet sind. Gerne senden wir Ihnen auf Wunsch diese Unterlagen auch per Post zu.

### **Datenschutz**

Mit dem Einreichen dieses Anmeldeformulars stimmen Sie der Bearbeitung Ihrer Personendaten durch das SRK Kanton Schaffhausen zu. Wir halten uns beim Umgang mit Daten an die geltende Gesetzgebung. Mehr Informationen zur Verwendung Ihrer Daten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf [www.srk-schaffhausen.ch/datenschutz](http://www.srk-schaffhausen.ch/datenschutz)

**Wir danken Ihnen für das vollständige Ausfüllen des Fragebogens.**

Individuelle Beratung:  
Telefon 052 630 20 33

Mehr Informationen und Online-Bestellung:  
[www.srk-schaffhausen.ch/notruf](http://www.srk-schaffhausen.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:	<div style="background-color: #ffff00; width: 300px; height: 15px;"></div>	Vorname:	<div style="background-color: #ffff00; width: 300px; height: 15px;"></div>
Strasse, Nr.:	<div style="background-color: #ffff00; width: 300px; height: 15px;"></div>	PLZ/Ort:	<div style="background-color: #ffff00; width: 300px; height: 15px;"></div>
Tel. Praxis:	<div style="background-color: #ffff00; width: 300px; height: 15px;"></div>		

---

## Spitexorganisation (falls im Einsatz)

Name Org:	<div style="background-color: #ffff00; width: 300px; height: 15px;"></div>	Telefon:	<div style="background-color: #ffff00; width: 300px; height: 15px;"></div>
Strasse, Nr.:	<div style="background-color: #ffff00; width: 300px; height: 15px;"></div>	PLZ/Ort:	<div style="background-color: #ffff00; width: 300px; height: 15px;"></div>

Wie häufig ist die Spitex bei Ihnen im Einsatz pro Woche?

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.