



Anmeldung Rotkreuz-Notruf

Dieser graue Teil wird vom SRK ausgefüllt:

Installations-
datum:

Geräte-ID:

durch:

Geräte-ID:

Notruf-Kundin/-Kunde

Anrede: Frau Herr Divers

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

Mobil:

Geb.-Datum:

Sprache:

E-Mail:

Bestellung Notruf:

- Casa** Notruf-Gerät für zuhause inkl. Alarmtaste
- Mobil** Notruf-Gerät für zuhause und unterwegs inkl. Alarmtaste.
GPS-Ortung im Freien
- Notrufuhr** mit integriertem Lautsprecher, GPS (keine Miete, nur Kauf)
Abo: nur Premium möglich **CHF 51.-/Mt.**
Kaufpreis: **CHF 370.-**
- Casa Plus** Notruf-Gerät für zuhause mit zusätzlichen Features **CHF 72.-**

Alarmierungsart: **Basic** CHF 47.-/Mt. **Relax** CHF 53.-/Mt. **Premium** CHF 59.-/Mt.

Das Notrufgerät wird durch eine Notrufbetreuerin oder einen Notrufbetreuer SRK bei Ihnen zuhause installiert.
Die einmalige Installationsgebühr beträgt **CHF 140.-**

Zusatzangebote:

- Zusatztaste** Einmalig **CHF 90.-**
- Schlüsselsafe** **CHF 65.-** inkl. Montage durch SRK

SRK Kontaktperson

Geschulte Freiwillige, die in einer nicht medizinischen Notsituation Hilfe leisten können.
Voraussetzung: Schlüsselsafe muss hinterlegt sein.

CHF 27.- für direkte Alarmierung **CHF 14.-** als Ergänzung

Ort/Datum:

Unterschrift: _____

Name: _____ Telefon: _____

Name: _____ Vorname: _____

Zahlungsinformationen: Rechnung per Mail

Ich beziehe Ergänzungsleistungen (Rabatt 50% bei Abo Premium auf monatliche Miete). Wichtig: aktuelle Verfügungskopie beilegen.

Wir danken Ihnen für das vollständige Ausfüllen des Fragebogens.

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

Individuelle Beratung:
Telefon 071 626 50 84

Mehr Informationen und Online-Bestellung:
www.srk-thurgau.ch/notruf

Individuelle telefonische Beratung

durch

**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

Ich habe meine Kontaktperson(en) angefragt und entsprechend informiert

Kontaktpersonen (möglichst nahe wohnend;
Reihenfolge nach Distanz und Erreichbarkeit)

Anforderungen an Kontaktpersonen

Abo Basic: 5 Kontaktpersonen

Abo Relax: mind. 4 Kontaktpersonen

Abo Premium: mind. 3 Kontaktpersonen oder
2 Kontaktpersonen + Schlüsselsafe oder
0–1 Kontaktpersonen + Schlüsselsafe + SRK Kontaktperson

	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		

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												
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) <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											
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											

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.