



Anmeldung Rotkreuz-Notruf

Dieser graue Bereich wird vom SRK Kanton Luzern ausgefüllt:

Kunden ID:	1300	Techniker:	
Installations-termin:		Notrufgerät:	
Geräte-ID:		Serien-Nr.:	
Geräte-ID:		Serien-Nr.:	

Notruf-Kundin/-Kunde

Anrede: Frau Herr Divers

Name:		Vorname:	
Strasse, Nr.:		PLZ/Ort:	
Telefon:		Mobil:	
Geb.-Datum:		Sprache:	
E-Mail:			

- Bestellung Notrufgerät:** Rotkreuz-Notruf Casa für zuhause
 Rotkreuz-Notruf Mobil für unterwegs mit Ortung
 *Rotkreuz-Notruf Home and go für zuhause und unterwegs mit Ortung

Serviceangebot/Alarmierungsart:

- Premium Relax Basic

Der Rotkreuz-Notruf wird durch einen Techniker SRK bei ihnen zuhause installiert. Die einmalige Installationsgebühr beträgt **CHF 120.-**

Zusatzangebot:

Kontaktperson vom Roten Kreuz (nur bei Premium möglich)

- Option 1 – Sie benennen keine private Kontaktperson **CHF 29.-/Mt.**
 Option 2 – Ergänzung zu mindestens einer privaten Kontaktperson **CHF 15.-/Mt.**

Zubehör (optional):

- Notruf-Uhr **CHF 199.-**
 zweiter Handsender **CHF 5.-/Mt.**
 Schlüsselsafe **CHF 69.-** (einmalig)

*nur im Serviceangebot / Alarmierung **Premium** möglich

Ansprechperson für die Installation (wenn abweichend von Notruf-Kundin/-Kunde)

Name: Vorname:
Strasse, Nr.: PLZ/Ort:
Telefon P: Mobil: Telefon G:
Bezug zu Kundin/Kunde:

Rechnungsempfängerin/-empfänger (wenn abweichend von Notruf-Kundin/-Kunde)

Name: Vorname:
Strasse, Nr.: PLZ/Ort:
Telefon: E-Mail:

Zahlungsmodus: Rechnung (alle zwei Monate)

Anmerkung: Bei der Alarmierungsart Premium können Sie nebst Privatpersonen auch Institutionen (z.B. Kontaktperson vom Roten Kreuz, öffentliche Spitex, Securitas usw.) als Kontakte angeben.

Bei der Alarmierungsart Relax- und Basic-Paket müssen Sie mindestens drei Privatpersonen, die ein Smartphone besitzen, als Kontakte angeben.

Wir danken Ihnen für das vollständige Ausfüllen des Fragebogens.

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

Individuelle Beratung:
Telefon 041 418 74 47

Mehr Informationen finden Sie unter
www.srk-luzern.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 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 (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>2. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>3. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2) 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 (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>2. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>3. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3) 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 (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>2. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>3. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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>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 (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>2. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>3. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</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 (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>2. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>3. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</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 (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <p>1. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>2. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</p> <p>3. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G</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:

[Redacted text area]

[Redacted text area]

- Aufbewahrungsort der wichtigsten Medikamente:

[Redacted text area]

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"/> [Redacted] |

- Patientenverfügung vorhanden. Hinterlegungsort:

[Redacted text area]

- Bitte informieren Sie den Rettungsdienst, dass ich – wenn möglich – in folgendes Spital eingeliefert werde:

[Redacted text area]

Hausarzt/Praxis

Name: [Redacted] Vorname: [Redacted]

Strasse, Nr.: [Redacted] PLZ/Ort: [Redacted]

Tel. Praxis: [Redacted]

Spitexorganisation (falls im Einsatz)

Name Org: [Redacted] Telefon: [Redacted]

Strasse, Nr.: [Redacted] PLZ/Ort: [Redacted]

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

[Redacted text area]

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.