

Anmeldung Rotkreuz-Notruf

Notruf-Angebote

Welche Rotkreuz-Notrufdienstleistung möchten Sie in Anspruch nehmen?

- Rotkreuz-Notruf Casa für zuhause
- Rotkreuz-Notruf Mobil für unterwegs und zuhause
- Andere

Welche Alarmierungsart möchten Sie in Anspruch nehmen?

- Basic
- Relax
- Premium

Welche Zusatzangebote sind gewünscht?

Notruf-Kundin/-Kunde (Standort Installation)

Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ/Ort
Telefon	Mobil
Geburtsdatum	Sprache
E-Mail	

Sofern die bestellende Person von der Notruf-Kundin abweicht, beachten Sie auf [Seite 2](#) die Abschnitte «Ansprechperson für Installation», «Ansprechperson für administrative und technische Fragen» und «Rechnungsempfänger/in».



Lebens-/Wohnsituation

Einfamilienhaus	Anzahl Zimmer	Anzahl Stockwerke
Wohnung	Anzahl Zimmer	Anzahl Stockwerke
	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?	

Schlüsselsafe

Schlüsselsafe vorhanden	ja, vorhanden	nein, muss installiert werden
Standort Schlüsselsafe	Code	

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

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

Ansprechperson für administrative und technische Fragen (wenn abweichend von Kundin/-Kunde)

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

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

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

Zahlungsmodus (monatlich/vierteljährlich)

Rechnung	Lastschriftverfahren (LSV)	Dauerauftrag
----------	----------------------------	--------------

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>Name Vorname Strasse, Nr. PLZ/Ort Bezug zu Kundin/Kunde</p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <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											
<p>Name Vorname Strasse, Nr. PLZ/Ort Bezug zu Kundin/Kunde</p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <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											
<p>Name Vorname Strasse, Nr. PLZ/Ort Bezug zu Kundin/Kunde</p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <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											
<p>Name Vorname Strasse, Nr. PLZ/Ort Bezug zu Kundin/Kunde</p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <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											

Hausarzt/Praxis

Name Vorname
Strasse, Nr. PLZ/Ort
Tel. Praxis

Gesundheitszustand/Medikation (Zum Zeitpunkt des Ausfüllens der Anmeldung;
bitte melden Sie Veränderungen Ihrem Rotkreuz-Kantonverband)

Hörbehinderung	Sehbehinderung	Gehbehinderung
Sprechbehinderung	Bluthochdruck (Hypertonie)	Blutverdünner (Antikoagulans)
Herz-Kreislaufprobleme	Diabetes	Epilepsie (Krampfanfall)

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:

Spitex-Organisation (falls im Einsatz)

Name Organisation Tel.
Strasse, Nr. PLZ/Ort

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

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens. Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular per Mail an **notruf@srk-sg.ch** oder per Post an **SRK Kanton St.Gallen, Notruf, Postfach 559, Marktplatz 24, 9004 St.Gallen**. Wir kontaktieren Sie baldmöglichst. Weitere SRK Dienstleistungen siehe: **www.srk-sg.ch**