



Anmeldung Rotkreuz-Notruf

Dieser Teil wird vom SRK ausgefüllt:

Region:

Datum Installation:

Betreuende:r:

Datum Kündigung:

Gerätetyp:

Serien-Nr.:

Geräte-ID:

SIM:

Notruf-Kundin/-Kunde

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

Mobil:

Geb.-Datum:

Sprache:

E-Mail:

Bestellung Notruf:	Casa	Notrufgerät für zu Hause
	Mobil	Notrufgerät für zu Hause und unterwegs
	Kombi	Casa und Mobil für zu Hause und unterwegs, ideal für 2-Personen-Haushalte (nur Premium)
	Notruf-Uhr	Smartwatch für zu Hause und unterwegs (nur Kauf, keine Miete; nur Premium)
		Schwarz Gold (hell)

Alarmierungsart: Premium Relax Basic

Preise nach Notrufart unterschiedlich, siehe → srk-bern.ch/notruf

Das Notrufgerät wird durch Mitarbeitende des SRK bei Ihnen zu Hause in Betrieb genommen und instruiert. Es fällt eine einmalige Installationsgebühr von **CHF 150.–** an.

- Zusatzangebote:**
- Schlüsselsafe (Kauf) **CHF 60.–**
 - Montage Schlüsselsafe **CHF 20.–**
 - Zweite Alarmtaste (kostenlos)
 - Sturzsensoren **CHF 10.–/Monat**
 - Aktivortung auch ohne Alarmauslösung (Vereinbarung erforderlich, kostenlos)

Zustimmungserklärung

Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen habe und ihnen zustimme. Ich bestätige die Richtigkeit der im Formular angegebenen Informationen und erteile die ausdrückliche Einwilligung in die Bearbeitung und Weitergabe der hier angegebenen Personendaten im Rahmen des Rotkreuz-Notrufs an beigezogene Dienstleister (Notrufzentrale).

Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB)

Durch das Einsenden der Anmeldung begründet die Kundin/der Kunde einen Kundenvertrag mit dem SRK Kanton Bern. Integrierter Bestandteil des Vertrages sind die allgemeinen Geschäftsbedingungen Rotkreuz-Notruf Kanton Bern, welche auf unserer Website aufgeschaltet sind: → srk-bern.ch/notruf. Gerne senden wir Ihnen auf Wunsch diese Unterlagen auch per Post zu.

Datenschutz

Das SRK Kanton Bern verpflichtet sich, alle persönlichen Angaben vertraulich zu behandeln. Ihre Daten werden ausschliesslich für den hier ersichtlichen Zweck verwendet.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in den AGB und in der Datenschutzerklärung auf unserer Website unter → srk-bern.ch/datenschutz.

Preise

Es gelten die aktuellen Preise gemäss → srk-bern.ch/notruf. Preisänderungen bleiben vorbehalten.

Ort/Datum:

Unterschrift Kundin/Kunde:

(Bei Vertretung Vollmachtserklärung beilegen)

Wir danken Ihnen für das vollständige Ausfüllen der Anmeldung.

Diese Anmeldung enthält schützenswerte Personen- und Gesundheitsdaten.

Wir empfehlen Ihnen deshalb, dieses Formular per Post an Ihre SRK Region im Kanton Bern zu senden.

Haben Sie noch Fragen? Rufen Sie uns an. Gerne beraten wir Sie.

SRK Kanton Bern, Rotkreuz-Notruf

Region Bern-Mittelland	Bernstrasse 162	3052 Zollikofen	031 384 02 00
Region Oberland	Länggasse 2	3600 Thun	033 225 00 86
Region Emmental	Lyssachstrasse 91	3400 Burgdorf	034 420 07 74
Region Oberaargau	Gaswerkstrasse 33	4900 Langenthal	062 923 08 60
Region Seeland-Berner Jura	Solothurnstrasse 136	2504 Biel	032 329 32 75
Region Seeland-Berner Jura	Rue H.F. Sandoz 14	2710 Tavannes	032 483 15 67

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: Vorname:</p> <p>Strasse, Nr.: PLZ/Ort:</p> <p>Bezug zu Kundin/Kunde:</p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <table><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>2) Name: Vorname:</p> <p>Strasse, Nr.: PLZ/Ort:</p> <p>Bezug zu Kundin/Kunde:</p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <table><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>3) Name: Vorname:</p> <p>Strasse, Nr.: PLZ/Ort:</p> <p>Bezug zu Kundin/Kunde:</p> <p>Erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Mobil/Privat/Geschäft): (Bitte in der Reihenfolge ihrer Erreichbarkeit ordnen)</p> <table><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											

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: _____ Vorname: _____</p> <p>Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____</p> <p>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>5) Name: _____ Vorname: _____</p> <p>Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____</p> <p>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>6) Name: _____ Vorname: _____</p> <p>Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____</p> <p>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											

Gesundheitszustand/Medikation

(Zum Zeitpunkt des Ausfüllens der Anmeldung; bitte melden Sie uns allfällige Veränderungen)

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.
