

FRAGEBOGEN ROTKREUZ-NOTRUF

Geräte-Typ:..... Code Nr..... Armtaste Halstaste
Schlüssel Sanität: nein:..... / ja..... Nr.:..... 2. Alarmtaste

Anmeldung durch:.....

Dat.FB...../.....Uhr Dat.Install...../.....Uhr

Bemerkungen:.....
.....
.....

EL:.. ja Unterstützung durch?.....

Benützer/In

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum..... Nationalität.....

EFH..... / Whg..... Stockwerk:..... Anzahl.....

Strasse:..... Wohnort

Tel.:061/..... Natel:.....

Natel Typ:.....

lebt allein..... lebt mit..... Haustier.....

Kt.-Nr.:.....

Bezugspersonen welche bei einem Notfall benachrichtigt werden müssen:

Name:..... Vorname:.....

Strasse:..... Wohnort:.....

Tel.P:..... G:..... Natel:.....

Bezug zum Benützer/in.....

Name:..... Vorname:.....

Strasse:..... Wohnort:.....

Tel.P:..... G:..... Natel:.....

Bezug zum Benützer/in.....

Rechnung geht an:

Name:..... Vorname:.....

Strasse:..... Wohnort:.....

Tel.:..... G:..... Natel:.....

Bezug zum Benützer/in.....

Kontaktpersonen bei denen ein Wohnungsschlüssel hinterlegt ist.

Die angegebenen Personen müssen unbedingt über die Hilfe-Einsätze informiert und mit diesen einverstanden sein. Bitte nach Möglichkeit in der Reihenfolge eintragen, die bei einem allfälligen Notfall sinnvoll ist.

1.KP: Name:.....Vorname:.....
Strasse:.....Tel.P:.....
Ort:.....Tel.G:.....
Bezug zum Benützer/in.....Natel:.....

2.KP: Name:.....Vorname:.....
Strasse:.....Tel.P:.....
Ort:.....Tel.G:.....
Bezug zum Benützer/in.....Natel:.....

3.KP: Name:.....Vorname:.....
Strasse:.....Tel.P:.....
Ort:.....Tel.G:.....
Bezug zum Benützer/in:.....Natel:.....

4.KP: Name:.....Vorname:.....
Strasse:.....Tel.P:.....
Ort:.....Tel.G:.....
Bezug zum Benützer/in:.....Natel:.....

5.KP: Name:.....Vorname:.....
Strasse:.....Tel.P:.....
Ort:.....Tel.G:.....
Bezug zum Benützer/in:.....Natel:.....

Hausarzt:

Name:..... Vorname:.....

Adresse:.....

Tel.Praxis:..... Tel. Privat:.....

Stellvert. Hausarzt od. Spezialist:

Name:..... Vorname:.....

Adresse:.....

Tel.Praxis:..... Tel.Privat:.....

Spitex: ja..... Tel:...../ nein:.....

wann:.....

Sonstige Hilfen:.....

.....

Bemerkungen:.....

.....










Krankheiten, Behinderungen, Besonderes:

Für eine optimale Hilfestellung ist die Notrufzentrale auf Informationen über den Gesundheitszustand, Behinderungen, Krankheiten angewiesen (zB. Blutverdünnung, Herzschrittmacher, Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Bluter, Diabetes, Schwindel, MS, Epilepsie, Para-od. Tetraplegie, Rollstuhlbenützer, Hörgerät, Taub, Sprachstörungen, AZ etc.)

Medikamente:

Angaben für die Installation des Notrufes

In welchem Zimmer wird das Gerät installiert

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wohnzimmer | <input type="checkbox"/> Reihle einfach  |
| <input type="checkbox"/> Schlafzimmer | <input type="checkbox"/> Reihle doppel weiss  |
| <input type="checkbox"/> Korridor | <input type="checkbox"/> Reihle doppel weiss/grün  |
| <input type="checkbox"/> Anderer Ort..... | <input type="checkbox"/> 4-Polig  |
| <input type="checkbox"/> 2-Polig   | <input type="checkbox"/> RJ-45   |
| <input type="checkbox"/> Festanschluss  | |

Befindet sich in der Nähe des Telefonanschlusses eine Stromsteckdose?

- Ja Nein

Notwendiges Zubehör: (wird vom SRK ausgefüllt)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wandmontage | <input type="checkbox"/> Tel.-Verlängerung |
| <input type="checkbox"/> Verlängerungskabel <input type="checkbox"/> 3m <input type="checkbox"/> 5m | <input type="checkbox"/> Tel. Zwischenstück |
| <input type="checkbox"/> Steckbatterie <input type="checkbox"/> 3er <input type="checkbox"/> 4er | <input type="checkbox"/> Adapter |
| <input type="checkbox"/> Doppelstecker <input type="checkbox"/> 2er <input type="checkbox"/> 3er <input type="checkbox"/> 4er | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges..... | |

Wo befinden sich welche Telefoninstallationen u. Apparate:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Tischapparat | <input type="checkbox"/> Wohnzim..... |
| <input type="checkbox"/> Wandapparat | <input type="checkbox"/> Schlafzim..... |
| <input type="checkbox"/> Funktelefon | <input type="checkbox"/> Korridor..... |

Welche der folgenden Anschlüsse sind bei Ihnen vorhanden?

- Fax ISDN ADSL Cablecom Bluewin Phone/TV
 Internet Andere

.....
.....