



Rotkreuz Notruf - Anmeldeformular (Fragebogen)

Dieser Teil wird vom SRK Kanton Zug ausgefüllt

Kunde: Name/Vorname - Ort:		Nr.	
<input type="checkbox"/> Präsentation Datum: Zeit:		Techniker*in: Bitte wählen	
<input type="checkbox"/> Installation Datum: Zeit:		Techniker*in: Bitte wählen	
<input type="checkbox"/> Mutation ab Datum: Was:			
<input type="checkbox"/> Mutation ab Datum: Was:			
<input type="checkbox"/> Mutation ab Datum: Was:			
<input type="checkbox"/> Mutation ab Datum: Was:			
<input type="checkbox"/> Kündigung Datum: Grund:		Bitte wählen	
Dienstleistung: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mobil II <input type="checkbox"/> Home & Go <input type="checkbox"/> Mobil I (eigenes Handy) <input checked="" type="checkbox"/> Alarmierungsart Premium (direkte Verbindung mit der Notrufzentrale).			
Gerätetyp aktiv: Bitte wählen		Gerätetyp inaktiv: Bitte wählen	
ANL	Status	ID- Nummer(n)	SN- Seriennummer / SIM.
1234	Gerät inaktiv		
	Bitte wählen		
	Bitte wählen		
Mobil I – Rufnummer:			
Anschluss: <input type="checkbox"/> GSM <input type="checkbox"/> LAN:			
<input type="checkbox"/> Zusätzliche Alarmtaste für Name/Vorname:			
<input type="checkbox"/> Sturzmelder <input type="checkbox"/> Andere:			
<input type="checkbox"/> Rettungsdienst (RDZ) als Kontaktperson / Standort Schlüssel: Bitte wählen			
<input type="checkbox"/> RDZ- Schlüsseldepot Plakette Nr.: 1616:			
<input type="checkbox"/> Kunde- Schlüsselsafe- Code:		Schlüsselsafe- Ort:	
Bemerkungen:			
Ort, Datum:		Unterschrift Kunde/Kundin:	



Notruf Kunde/Kundin

Frau Herr Andere:

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Mobile:
E-Mail:	sonstiges:
Geburtsdatum:	Sprache:

Rechnungsadresse

Kunde
 Kontaktperson von Seite 5-6: 1.) 2.) 3.) 4.) 5.)
 Andere - Adresse:

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Mobile:
E-Mail:	Bezug zu Kunde/Kundin:

Die Rechnungsstellung erfolgt zweimonatlich und nachträglich.

Sozialtarif:

Ich beziehe Ergänzungsleistung (Bitte Kopie einer Bestätigung beilegen).
 Ich beantrage den Sozialtarif und erteile dem SRK Kanton Zug die Vollmacht, meine Steuerdaten zu überprüfen. (Bitte Formular beantragen und ausgefüllt retournieren)

Ansprechperson für administrative und technische Fragen:

Kunde
 Kontaktperson von Seite 5-6: 1.) 2.) 3.) 4.) 5.)
 Andere - Adresse:

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Mobile:
E-Mail:	sonstiges:
Bezug zu Kunde/Kundin:	



Angaben für die Hilfeleistung durch die Notrufzentrale

Lebens- / Wohnsituation - Ich wohne:

<input type="checkbox"/> Allein	<input type="checkbox"/> mit - Name:	
<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	Anzahl Zimmer:
<input type="checkbox"/> Parterre	<input type="checkbox"/> Lift vorhanden	Stockwerk:
<input type="checkbox"/> Wohnanlage	Wenn ja, welche:	
<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung	Wohnungs-/Zimmer- Nr.	

Haustiere

<input type="checkbox"/> Katze	<input type="checkbox"/> Hund	Name:	Rasse:
<input type="checkbox"/> Andere		Name:	Was:

Im Falle einer Hospitalisierung ist folgende Person beauftragt, sich um das Haustier zu kümmern:

Name: Vorname: Telefon: Bezug zu Kunde/in:

Gesundheitszustand/Medikation

<input type="checkbox"/> Schweren Hörbeeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Starke Sehbeeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Gehbeeinträchtigung
<input type="checkbox"/> Sprechbeeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Blutverdünner	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Herzprobleme	<input type="checkbox"/> hoher- <input type="checkbox"/> tiefer Blutdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Allergien:		
<input type="checkbox"/> Aufbewahrungsort der wichtigsten Medikamente:		
<input type="checkbox"/> Weitere wichtige Angaben:		

Beanspruchte Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Defibrillator (interner)
<input type="checkbox"/> Andere:					

Patientenverfügung vorhanden - Hinterlegungsort:

Im Notfall bitte wenn möglich, in folgendes Spital einliefern:

Hausarzt - Praxis

Praxis:	Name:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Mobile:

Organisation (Spitex etc.)

Organisation:	Name:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Häufigkeit der Einsätze:



Angaben zur 2. Person

(nur bei Bedarf eines zweiten Notruf- Handsenders ausfüllen).

Frau Herr Andere:

Name:	Vorname:
Mobile:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Sprache:
Bezug zu Kundin/Kunde:	

Gesundheitszustand/Medikation

Schwere Hörbeeinträchtigung Starke Sehbeeinträchtigung Gehbeeinträchtigung
 Sprechbeeinträchtigung Blutverdünner Epilepsie
 Herzprobleme hoher- tiefer Blutdruck Diabetes
 Allergien:
 Aufbewahrungsort der wichtigsten Medikamente:
 Weitere wichtige Angaben:

Beanspruchte Hilfsmittel

Hörgerät Brille Rollstuhl Rollator Herzschrittmacher Defibrillator (interner)
 Andere:

Patientenverfügung vorhanden - Hinterlegungsort:

Im Notfall bitte wenn möglich, in folgendes Spital einliefern:

Hausarzt - Praxis

Praxis:	Name:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Mobile:

Organisation (Spitex etc.)

Organisation:	Name:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Häufigkeit der Einsätze:

Kontaktpersonen

Das SRK Kanton Zug benötigt mindestens drei Kontaktpersonen in unmittelbarer Nähe zum Wohnort des Kunden, die über einen Haus- und Wohnungsschlüssel verfügen oder Kenntnis vom Aufbewahrungsplatz haben.

Rettungsdienst Zug (RDZ) als Kontaktperson: (kostenpflichtig)

Hat jemand keine oder zu wenig Kontaktpersonen, besteht die Möglichkeit den RDZ als zusätzliche oder einzelne Kontaktperson anzugeben. Dies ist eine Zusammenarbeit zwischen dem RDZ und dem SRK Kanton Zug. (siehe Leistungsbeschreibung RDZ)

Ich wünsche den Rettungsdienst (RDZ) als Kontaktperson.

Kontaktpersonen, welche im Notfall aufgeboten werden:

Ich habe meine Kontaktperson(en) über ihre Funktion im Notfall informiert und deren ausdrückliche Einwilligung zur Kontaktaufnahme eingeholt. Sie verfügen entweder über einen Wohnungs- oder Haus-schlüssel oder haben Zugang zu einem gesicherten Schlüsselsafe inklusive Code.

Bitte die Reihenfolge nach Distanz und Erreichbarkeit.

	K: Kontaktperson (wird im Notfall aufgeboten Hilfe zu leisten) B: Bezugsperson (wird nach Abschluss der Hilfeleistung informiert)	K	B
1)	Name: Vorname: Strasse: PLZ, Ort: Telefonnummern bitte nach Priorität 1-3 und Erreichbarkeit ordnen. 1. <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Geschäft 2. <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Geschäft 3. <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Geschäft E-Mail: Bezug zu Kundin/Kunde:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	Name: Vorname: Strasse: PLZ, Ort: Telefonnummern bitte nach Priorität 1-3 und Erreichbarkeit ordnen. 1. <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Geschäft 2. <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Geschäft 3. <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Geschäft E-Mail: Bezug zu Kundin/Kunde:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	Name: Vorname: Strasse: PLZ, Ort: Telefonnummern bitte nach Priorität 1-3 und Erreichbarkeit ordnen. 1. <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Geschäft 2. <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Geschäft 3. <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Geschäft E-Mail: Bezug zu Kundin/Kunde:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



K: Kontaktperson (wird im Notfall aufgeboten Hilfe zu leisten) B: Bezugsperson (wird nach Abschluss der Hilfeleistung informiert)		K	B
4)	Name: Vorname:		
	Strasse: PLZ, Ort:		
Telefonnummern bitte nach Priorität 1-3 und Erreichbarkeit ordnen.			
1.	<input type="checkbox"/> Mobile	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Geschäft
2.	<input type="checkbox"/> Mobile	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Geschäft
3.	<input type="checkbox"/> Mobile	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Geschäft
E-Mail:	Bezug zu Kundin/Kunde:		
5)	Name: Vorname:		
	Strasse: PLZ, Ort:		
Telefonnummern bitte nach Priorität 1-3 und Erreichbarkeit ordnen.			
1.	<input type="checkbox"/> Mobile	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Geschäft
2.	<input type="checkbox"/> Mobile	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Geschäft
3.	<input type="checkbox"/> Mobile	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Geschäft
E-Mail:	Bezug zu Kundin/Kunde:		

Erklärung und Einwilligung

Bitte beachten Sie, dass alle Details zu den von Ihnen genutzten Dienstleistungen **in den allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB)** des Rotkreuz- Notruf geregelt sind. Mit der Unterzeichnung dieses Anmeldeformulars (Fragebogen) erklären Sie sich mit den AGB einverstanden. Die AGB können auf der Website des SRK Kanton Zug eingesehen werden.

Link: [AGB_Notruf_neu_2025.pdf](https://www.srk-zug.ch/AGB_Notruf_neu_2025.pdf)

Mit der Unterzeichnung des Anmeldeformulars (Fragebogen) stimmen Sie zudem der Bearbeitung Ihrer Personendaten durch das SRK Kanton Zug und der SRK-Notrufzentrale zu. Das Schweizerische Rote Kreuz Kanton Zug verpflichtet sich, alle persönlichen Angaben vertraulich zu behandeln.

Kundin/Kunde

Name:

Vorname:

Ort/Datum:

Unterschrift Kundin/Kunde: