



Rotkreuz Notruf - Anmeldeformular (Fragebogen)

Dieser Teil wird vom SRK Kanton Zug ausgefüllt**Kunde:** Name/Vorname - Ort:

Nr.

☐ Präsentation Datum: Zeit: Techniker*in: Bitte wählen☐ Installation Datum: Zeit: Techniker*in: Bitte wählen☐ Mutation ab Datum: Was:☐ Mutation ab Datum: Was:☐ Mutation ab Datum: Was:☐ Mutation ab Datum: Was:☐ Kündigung Datum: Grund: Bitte wählen**Dienstleistung:** ☐ Casa ☐ Mobil II ☐ Home & Go ☐ Mobil I (eigenes Handy)☒ 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: ☐ GSM ☐ LAN:☐ Zusätzliche Alarmtaste für Name/Vorname:☐ Sturzmelder ☐ Andere:☐ **Rettungsdienst (RDZ) als Kontaktperson / Standort Schlüssel:** Bitte wählen☐ RDZ- Schlüsseldepot Plakette Nr.: 1616:☐ 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"/> Pflegeinstitution | 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"/> Schwere 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

- ☐ Hörgerät ☐ Brille ☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Herzschrittmacher ☐ Defibrillator (interner)
☐ Andere:

☐ **Patientenverfügung vorhanden** - Hinterlegungsort:

☐ **Im Notfall** bitte wenn möglich, in folgendes Spital einliefen:

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 Aufbewahrungsort 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 aufgebeten 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: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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](#)

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: _____